

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

376

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BOURDERON

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Charny (Yonne) le 4 Janvier 1906

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
RHUMATISMES CHRONIQUES
PAR LES
SELS D'OR

Président : M. ACHARD, Professeur.

LE FRANÇOIS
Éditeur
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BOURDERON

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Charny (Yonne) le 4 Janvier 1906

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
RHUMATISMES CHRONIQUES
PAR LES
SELS D'OR

Président : M. ACHARD, Professeur.

LE FRANÇOIS
Editeur
PARIS



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE .
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H.CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L.FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BÉNARD (Henri) ..	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Étienne.	Pathologie médicale.	Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	MOULONGUET. . .	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
FEY	Urologie.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GASTINEL	Parasitologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALAINES ..	Pathologie chirurgicale	SÉRAZY	Dermatologie et syphiligraphie.
GAYET	Physiologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
GIROUD	Histologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT	(Pasteur)
HALPHEN	Oto-rhino - laryngologie.	VELTER	Ophtalmologie.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.		

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examins

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	{ Clinique médicale.	GUÉNIOT	{ Clinique obstétricale.
CHIRAY		DE LORIER	
DUVOIR		LÉVY-SOLAL	
BASSET	{ Clinique chirurgicale.	METZGER	
HEITZ - BOYER			
MOCQUOT			
SCHWARTZ			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. CHAILLEY-
BERT, agrégé Education physique.
FREY Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Qui m'ont donné le bel exemple d'une
vie toute de labeur et de dévouement, ce
faible témoignage de ma profonde ten-
dresse.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur ACHARD

Médecin de l'Hôpital Cochin

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine

En hommage de reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la
présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur F. COSTE

Médecin des Hôpitaux

Qui fut le Maître le plus indulgent et le plus patient, en témoignage de notre absolu dévouement.

A Monsieur le Docteur JACQUES FORESTIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin de l'Hospice Reine-Hortense d'Aix-les-Bains

Qui nous a toujours marqué tant de
bienveillance, et auprès duquel nous avons
trouvé un si favorable accueil et tant de
sujets d'instruction.

A Monsieur le Docteur V. MOUZON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine

Dont l'exemple sera toujours, pour
nous, un guide dans notre pratique pro-
fessionnelle.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Professeur DELBET.

Professeur ACHARD.

Docteur HALBRON.

Docteur LERI. (In memoriam.)

Docteur WIART.

Docteur CAPETTE.

Docteur FAURE-BAULIEU.

Docteur NICAUD.

Docteur COSTE (1930-1934).

PREMIERE PARTIE

I

PREMIERS ESSAIS DE CHRYSOTHERAPIE DES RHUMATISMES CHRONIQUES

C'est en mai 1928 que Jacques Forestier, d'Aix-les-Bains, commença à utiliser un sel d'or, l'Allochrysine, dans le traitement de certaines polyarthrites.

Communiquant son expérience de près d'un an à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à la date du 1^{er} mars 1929, il écrivait :

« L'analogie de l'évolution clinique de certaines formes graves de rhumatisme chronique avec celles de la maladie tuberculeuse : évolution fébrile, avec poussées fluxionnaires ou fièvre continue, atteinte de l'état général, anémie, leucocytose nous ont fait penser que les sels d'or employés dans la tuberculose pourraient rendre de très grands services aux rhumatisants. »

Cette assimilation d'une affection telle que le Rhumatisme déformant progressif cryptogénétique, considéré comme une trophonévrose, à une maladie infectieuse devait se montrer féconde en résultats. La sanction thérapeutique allait donner son appui à une hypothèse clinique, qui rejoignait dans un certain sens (la certitude étiologique en moins) les conclusions formulées par l'Ecole Lyonnaise, de Poncet à Teissier et Roques.

D'ailleurs, les recherches systématiques de ces dernières années (particulièrement celles du Professeur Bezançon et de ses élèves) devaient mettre en évidence avec une fréquence relativement assez grande, le rôle du Bacille de Koch dans certaines polyarthrites.

D'autre part, si les auteurs français restaient attachés à la notion classique d'arthritisme, rajeunie par une terminologie pathogéniste empruntée au laboratoire, les auteurs américains montraient depuis longtemps le rôle joué, dans certains rhumatismes, par les microbes des foyers purulents digestifs.

La thèse française de Peyre rapporte, en 1926, des cas de rhumatismes guéris par des avulsions dentaires. Mais c'est très antérieurement que la notion d'arthrites infectieuses à point de départ digestif, entra dans la médecine anglo-saxonne, avec Billings, Rosenow, Willcox, etc...

Distrayant ainsi de la diathèse rhumatismale, moins des formes cliniques que des formes étiologiques, les auteurs américains les rangèrent à côté des rhumatismes chroniques d'infection des auteurs français, dont l'agent pathogène (gonocoque, tréponème, etc...) fait sa preuve.

Thomson et Gordon les appelèrent des « Arthrites focales ».

Une médication étiologique fut instaurée : exérèses des « areas of infection », surtout des foyers dentaires et amygdaliens ; régimes destinés à modifier la flore intestinale ; vaccinothérapie à germes multiples.

Les résultats ne semblent pas être à l'échelle de la thérapeutique vigoureuse née de cette classification nouvelle. Si les auteurs anglo-saxons faisaient connaître de véritables bulletins de victoire, il ne semble pas qu'en France la méthode ait donné les mêmes succès.

De nombreux agents pathogènes, du staphylocoque doré à l'entamoeba histolytica furent incriminés. Mais la majorité des auteurs, à la suite de Poynton et Paine, Rosenow, Cecil, Burbanks trouvent dans les foci digestifs un streptocoque, soit hémolytique soit du type viridans.

Là encore, les recherches françaises, notamment celles de Coste et Forestier, n'ont pas confirmé ces résultats.

Alors que les anglo-saxons s'étaient engagés dans une médication causale, les chercheurs allemands, classiquement orientés vers la chimiothérapie, par des voies différentes, plus complexes et parfois jalonnées d'erreurs, aboutirent en partie au traitement que le sens clinique avait fait prévoir à l'auteur français. Feldt, le chimiste de l'Institut Robert Koch de Berlin, avait montré avec Schieman l'efficacité de l'or dans l'infection streptococcique expérimentale de la souris. Umber, K. Landé, Levy et Freund essayèrent les sels d'or dans divers syndrômes chroniques où le streptocoque semblait en cause. Dans cette expérimentation de large envergure, ces auteurs obtinrent, entre autres, de bons résultats dans certaines arthrites infectieuses : K. Landé dans 9 cas sur 14 de « Polyartikulär infektarthritis » enregistra l'amélioration ou la guérison par le Solganal.

Ces essais ne semblent pas avoir été poursuivis en Allemagne avec la persévérance qu'y mit Jacques Forestier en France. Celui-ci, depuis 1928, s'est attaché dans de nombreuses publications à en établir la valeur, en préciser les modalités, en montrer les incidents et après avoir été l'initiateur de la méthode, fut le premier à lui donner des règles.

NECESSITE D'UNE CLASSIFICATION NOUVELLE

La preuve apportée par Forestier de l'efficacité des sels d'or dans la maladie de Charcot soulevait un gros problème. Il devenait logique de se demander si, à côté de la Polyarthrite déformante progressive, d'autres arthrites seraient également arosensibles.

Les divisions classiques des maladies rhumatismales chroniques ne permettaient pas de prévoir quelles formes étaient justiciables de la chrysothérapie.

Marinesco distingue trois grands groupes :

- a) Celui du Rhumatisme chronique déformant.
- b) Celui des Rhumatismes chroniques d'infection.
- c) Celui des Rhumatismes dyscrasiques, toxiques et gouteux.

Teissier et Roques avaient proposé une classification analogue :

- a) Rhumatisme chronique déformant progressif ou Arthropathie déformante trophonévrotique.
- b) Rhumatismes chroniques d'infection, classés selon leur cause : tuberculeux, rhumatismal, blennorragique, syphilitique, scarlatineux, etc...
- c) Rhumatismes chroniques d'intoxication.

Ils placent à part certaines formes associées où coexistent infection et intoxication :

- Rhumatisme thyroïdien.
- Rhumatisme sénile de Marie et Leri.
- Rhumatisme associé à la goutte.

Ces trois auteurs donnent des classifications analogues. Ils ne diffèrent que sur la place que doivent occuper les manifestations vertébrales.

Marinesco range tous les rhumatismes vertébraux parmi les rhumatismes d'infection, tandis que Teissier et Roques distinguent le rhumatisme vertébral ostéophytique, qui n'est, pour eux, qu'une forme locale

du Rhumatisme chronique déformant progressif, de la Spondylose rhizomélisque dont ils font un rhumatisme chronique d'infection.

Ce qui est surprenant, c'est de voir réunir des affections aussi différentes que la Lipoarthrite des genoux, l'Arthrite sèche de la hanche et les Polyarthrites déformantes progressives. Le seul caractère qui puisse les rapprocher est le fait de produire des déformations, mais leur début leur évolution, leur retentissement différent sur l'état général, les opposent de bout en bout.

Par contre, les auteurs s'attachent à séparer des affections manifestement semblables et qui coexistent fréquemment : nodosités d'Heberden et arthrites sèches des grosses articulations.

L'étude de Weissenbach et F. Françon sur les « Causes et traitements des Rhumatismes chroniques » est conçue dans le même cadre général. Les auteurs décrivent un certain nombre de syndrômes, qui naissent de la rencontre d'un fond invariable, où l'on retrouve la notion classique d'arthritisme, renouvelée par les travaux modernes sur la colloïdoclasie, et de conditions déterminantes variées, infectieuses, endocriniennes, etc... Certes, la variété de traitements à opposer à ces différentes formes de rhumatismes est grande, et ce qui manque est moins « le nombre des médications qu'une règle générale pour leur application » (Coste-Forestier-Lacapère).

Le manque d'unité des directives thérapeutiques classiques, les résultats enregistrés par Forestier dans la chrysothérapie de la maladie de Charcot ont conduit Coste, Forestier et Lacapère, se basant sur l'observation de nombreux malades suivis à la Consultation spéciale de la Clinique Médicale de l'hôpital Cochin, à proposer une division des rhumatismes chroniques en deux grands groupes :

- 1° Les Arthrites
- 2° Les Arthroses.

Classification de Coste, Forestier et Lacapère

Cette classification s'apparente aux classifications répandues en Allemagne et dans les pays anglo-saxons et tend à opposer le caractère essentiellement inflammatoire des Arthrites au caractère dégénératif des Arthroses.

Nous donnerons schématiquement les caractères généraux différentiels des Arthrites et des Arthroses, nous réservant d'insister un peu plus longuement sur les premières.

Les Arthrites s'observent à tout âge, les Arthroses surviennent électivement dans la deuxième moitié de la vie.

DONNEES ETIOLOGIQUES

Arthrites :

L'origine est souvent complètement inconnue. Parfois, l'arthrite succède à une maladie infectieuse, est secondaire à un foyer infectant, souvent digestif, apparaît chez un syphilitique, un tuberculeux. L'absence de ces notions étiologiques n'est pas un argument à opposer au diagnostic d'arthrite.

Arthroses :

Ce sont des maladies par usure articulaire. Elles relèvent :

1° de causes générales :

artério-sclérose

ostéoporose sénile

facteurs métaboliques, endocriniens.

2° de causes locales :

facteur statique

déformations congénitales (arthrose des hanches)

facteur professionnel (arthrose des pouces).

DONNEES CLINIQUES

Arthrites :

Ce sont des arthrosynovites, la lésion primitivement synoviale devient ostéo-cartilagineuse par extension.

L'examen montre aux articulations accessibles : les tuméfactions molles des tissus périarticulaires, une légère réaction liquidienne, les signes d'une fluxion : rougeur, chaleur, gonflement. Elles évoluent par poussées et provoquent généralement une légère élévation de température. On note de fins craquements à la mobilisation des grosses articulations accessibles. La température atteint ou dépasse 37°5. L'état général est plus ou moins touché du fait même du processus inflammatoire dont on met parfois en évidence la nature infectieuse. Les désordres ligamentaires, les synéchies fibreuses intrasynoviales donnent précocement des désaxations, sans participation ostéo-cartilagineuse au début. L'atrophie des muscles satellites est primitive et n'est pas seulement la conséquence d'un ralentissement de l'activité musculaire provoquée par l'impotence fonctionnelle. L'arthrosynovite peut s'écarter plus ou moins de ce cas type. Les arthrites sont fréquemment polyarticulaires, parfois systématisées à certains articles homologues.

Arthroses :

La participation synoviale est réduite au minimum, on note parfois un développement graisseux des franges articulaires, par exemple dans la Lipoarthrite de Weissenbach et Françon.

L'os est d'emblée atteint, il réagit par des néoformations, des calcifications ligamentaires, il y a à la fois un processus constructif périarticulaire, osseux parfois et un processus destructeur des surfaces articulaires elles-mêmes. Cela se traduit à la mobilisation par de gros craquements, très différents du crissement fin des arthrites. L'évolution est froide, sans température. L'état général est indemne, fréquemment les malades sont des hypertendus pléthoriques. Les polyarthroses sont assez rares, quand elles existent, il ne s'agit pas, généralement, d'une véritable généralisation due à un facteur causal, ce sont souvent des prédispositions locales qui déterminent ces localisations.

DONNEES RADIOLOGIQUES

Arthrites :

Dans la plupart des cas, au début peu ou pas de signes osseux : ostéoporose discrète, puis pincement des interlignes articulaires, enfin érosion des têtes articulaires, et secondairement fusion correspondant cliniquement à l'ankylose.

Arthroses :

Absence de décalcification. Déformations précoces des contours osseux : ostéophytes, en crochets, en bec de perroquet, manchon d'os néoformé engainant l'articulation. Ces désordres osseux sont parfois considérables alors que le malade souffre encore très peu.

A la dernière période de leur évolution il est parfois impossible, sans l'histoire clinique de la maladie, de rapporter un cliché radiographique à une arthrite ou à une arthrose. Les remaniements osseux considérables de cette période peuvent être aussi bien le résultat de la guérison d'une ostéoarthrite, que le dernier stade évolutif d'une arthrose.

TESTS DE LABORATOIRE

Arthrites :

La numération globulaire montre une hyperleucocytose. La réaction de Vernes à la résorcine est élevée, la sédimentation globulaire est très accélérée, traduisant un état inflammatoire. Nous étudions la valeur de ces tests en détail, dans les pages qui suivent.

Arthroses :

Les réactions ci-dessus sont normales, s'il n'intervient pas une affection extra-articulaire capable de les influencer.

IMPORTANCE DES SIGNES BIOLOGIQUES DES ARTHRITES

Si dans ce qui précède nous avons surtout parlé de la maladie de Charcot, c'est d'une part parce qu'elle constitue pour Forestier le banc d'essai des sels d'or et d'autre part parce qu'elle est la forme la plus redoutable des rhumatismes arosensibles.

Mais à côté de cette forme très particulière, il existe des polyarthrites sans symétrie, des oligoarthrites, des monoarthrites où se retrouvent tous les désordres locaux des éléments de la maladie de Charcot. A son début, qu'elle soit annonciatrice d'un rhumatisme déformant cryptogénétique ou d'une arthrite qui restera solitaire, la lésion articulaire est la même : c'est une arthrosynovite. Mais ce diagnostic est parfois difficile, certains caractères peuvent manquer : la rougeur, la chaleur locale peuvent n'apparaître qu'au cours de poussées brèves et espacées, le caractère synovial du gonflement n'est pas toujours facile à mettre en évidence. L'élévation de température demandera à être recherchée avec soin, des poussées jusqu'à 38° attesteront parfois le processus inflammatoire. Au début des arthrites la radiographie n'apporte fréquemment que des renseignements de valeur restreinte. L'étiologie infectieuse du rhumatisme n'est pas un élément diagnostique sur lequel il faille compter. En règle, il est très difficile de rapporter à une origine microbienne certaine l'existence des phénomènes inflammatoires que l'on constate.

La carence étiologique, les caractères cliniques et radiographiques souvent discutables ont amené Coste, Forestier et Lacapère à rechercher si la nature inflammatoire d'un rhumatisme pouvait être mise en évidence par des tests de laboratoire.

Ils ont retenu trois examens :

- a) La numération globulaire.
- b) La mesure de la vitesse de sédimentation des hématies en plasma citraté.
- c) La réaction de floculation à la résorcine que Vernes avait proposée pour la mesure des réactions inflammatoires chez les tuberculeux.

Numération globulaire

Elle montre une anémie légère mais consante avec, parallèlement, une légère diminution du taux de l'oxyhémoglobine.

Caractère beaucoup plus important, le nombre de globules blancs, normalement aux alentours de 6 à 8.000, est plus élevé.

Dans 39 cas sur 48, Jacques Forestier et Gerbay trouvent une leucocytose supérieure à 10.000, confirmant les recherches de Kalmeter et de Fischer. La formule sanguine est beaucoup moins caractéristique. Avec notre maître Coste, nous avons cependant montré qu'il existe le plus souvent une légère polynucléose, dans quelques cas on trouve de la mononucléose qui doit inciter à la prudence dans la conduite de la cure aorique.

Sédimentation globulaire

Nous avons l'habitude à Cochon d'effectuer la sédimentation selon la technique de Westergren.

Nous rappellerons ce que Forestier en a écrit dans le *Monde Médical* du 15 juillet 1931 :

« Le sang est recueilli par ponction veineuse dans une seringue contenant une solution citratée et le mélange incoagulable est mis à sédimenter dans des tubes verticaux. La vitesse de sédimentation est donnée par la hauteur du plasma surnageant au bout d'intervalles fixes. »

Matériel nécessaire

Afin de donner à l'observation du phénomène toute sa précision et d'obtenir des chiffres comparables, il est nécessaire d'employer une technique rigoureuse et un matériel toujours identique.

Le matériel comporte une solution de citrate de soude à 3,7 % (stérilisation inutile), une seringue spéciale, des tubes de sédimentation de Westergren, un statif pour maintenir les tubes, une règle graduée en millimètres pour la lecture des résultats.

La solution de citrate de soude à 3,7 % sera conservée dans un flacon à large goulot obturé par un bouchon de verre.

La seringue est une seringue spéciale du type « record », de contenance exacte de 2 centimètres cubes à fond de course du piston. La tige du piston présente un ergot qui peut, dans une certaine position, arrêter le piston lorsque la seringue ne contient plus que 4/10 de centimètre cube, et dans une autre permettre l'expulsion de tout le liquide.

Les tubes de Westergren sont en verre, de 30 centimètres de longueur, de 2 centimètres et demi de calibre intérieur et portant un trait à 200 millimètres de l'extrémité inférieure ; ils sont ouverts à leurs deux extrémités.

Le statif est constitué par un plateau en bois ou en métal, percé de

trous où sont encastrés des bouchons en caoutchouc sur lesquels viendront s'appliquer et s'obturer les extrémités inférieures des tubes, la partie supérieure de ceux-ci étant fixée par des ressorts plats en acier, le tout maintenant les tubes en position verticale. Un dispositif permet d'incliner le statif à 45° pour les lectures au bout de 24 heures, qui peuvent servir accessoirement au dosage de l'hémoglobine.

On ajoute souvent à ce matériel un certain nombre de petits tubes à essai d'environ 1 centimètre de diamètre et hauts de 3 ou 4 centimètres destinés à recevoir le mélange sang-citrate de la seringue avant qu'il ne soit aspiré dans les tubes de Westergren. »

Mode opératoire

Préparation des instruments :

« Les tubes à sédimentation doivent être secs et propres, nettoyés à l'alcool ou à l'éther. La seringue d'aspiration qui ne devra jamais être stérilisée à la chaleur, mais rincée à l'eau et au citrate, est remplie de citrate jusqu'à la contenance de 4/10 de centimètre cube. Pour ce faire : aspirer la solution dans la seringue environ jusqu'à moitié de son contenu, retourner la seringue, tête en haut, chasser les bulles d'air et repousser le piston en tournant le manche de façon que l'ergot vienne s'appliquer contre la butée. Il restera alors dans la seringue exactement 4/10 de centimètre cube de solution citratée. »

Ponction veineuse :

« On utilisera une aiguille à ponction veineuse ordinaire de 6 à 8/10 de millimètres de calibre, s'adaptant bien à la seringue. La ponction est faite au pli du coude, en appliquant un lien qui ne devra pas rester en place plus d'une minute — une striction trop prolongée fausse les résultats — l'aiguille, stérilisée, vide de tout liquide est bloquée sur la seringue. Le sang est aspiré doucement, en évitant la venue de bulles d'air dans la seringue, et jusqu'à remplissage complet à 2 centimètres cubes. On a ainsi un mélange sang-citrate dans la proportion de 4 à 1.

L'aiguille est retirée avec la seringue et le mélange est rejeté à travers l'aiguille dans un tube à essai et agité aussitôt à plusieurs reprises, mais non trop violemment. Le mélange peut être conservé, avant d'être aspiré dans les tubes à sédimentation, pendant six heures au maximum. Eviter pendant ce temps les changements de température, celle-ci devra se rapprocher autant que possible de 20°, l'augmentation de la température de la chambre tendant à augmenter les chiffres des résultats. »

Mise en place des tubes et lecture des résultats :

« Le mélange sang-citrate est aspiré dans le tube de Westergren après avoir été agité afin d'assurer un mélange homogène. Il est recommandé d'aspirer plusieurs fois dans les tubes de Westergren et de refouler de même ; le sang est aspiré jusqu'à la marque de 200 millimètres de hauteur (une erreur de 1 millimètre au-dessus et au-dessous est sans importance). Et le tube est alors placé sur le statif pour observation. Cinq à dix tubes ou plus peuvent être mis en place en même temps. On évitera tout mouvement du statif, toute vibration pendant la durée de l'observation.

La lecture se fera en mesurant, avec la règle graduée en millimètres, la distance qui sépare le ménisque du liquide transparent surnageant, de la limite supérieure de la pile des globules rouges. Cette distance représente en millimètres la valeur de la sédimentation globulaire.

La lecture est faite au bout d'une heure, de deux heures et au bout de vingt-quatre heures.

Les deux premières lectures se feront à une minute près ; la dernière à une heure près.

L'expérience a montré aux divers auteurs que, pour les recherches de clinique courante, il n'était pas nécessaire d'établir une courbe complète du phénomène. Nous ne nous occuperons dans le présent article que des chiffres de la première heure qui, dans cette technique, sont les plus importants. »

Précautions techniques :

Rappelons la nécessité d'une stase veineuse courte pour la prise de sang.

La présence de bulles d'air dans le mélange, qui modifient la composition de celui-ci, est à éviter.

Utiliser un bon matériel, et avoir des aiguilles bien ajustées sur la seringue.

Eviter les variations de température autant que possible, principalement lorsque la prise de sang est faite à domicile et que le mélange est transporté dans un petit tube à essai avant la mise en batterie.

Les pipettes doivent être très propres : toute souillure de la paroi interne modifiant la sédimentation globulaire. »

Variations physiologiques

« Celles-ci sont très minimes, sauf un seul cas : la grossesse. Les périodes post-prandiales ne donnent pas de changement, la menstruation, chez la femme élève la S. R. à peine de 1 à 2 millimètres à la période prémenstruelle ; au cours de la grossesse, au contraire, la S. R. peut s'élever aux environs de 13 à 15 millimètres vers le deuxième mois, de 20 millimètres vers le troisième et s'approcher de 50 millimètres vers le huitième mois. »

Causes d'erreur

« Celles-ci peuvent venir de la technique. Nous avons indiqué les points capitaux de cette dernière, nous n'y reviendrons pas. Rappelons simplement la nécessité de ne pas introduire de bulles d'air dans la seringue et de maintenir les tubes à une température constante pendant la période d'observations.

Il faut éviter de pratiquer cet examen après des déperditions liquidiennes par diarrhée ou sudation exagérée, qui tendent à accélérer la S. R. Il ne faut pas oublier également qu'un coryza, même léger, ou une angine, ou une affection grippale, ou des affections fébriles peuvent élever transitoirement la S. R. à des chiffres pouvant atteindre plusieurs dizaines de millimètres. En cas d'anémie ou d'hyper-globulie, la S. R. peut être accélérée ou retardée, non seulement à cause du volume des cellules, mais dans le premier cas, à cause de l'auto-agglutination des hématies ; dans les cas de décompensation cardiaque, principalement lorsqu'il y a de l'œdème et insuffisance de l'hématose, la S. R. peut être anormalement retardée. Il en serait de même en cas d'insuffisance grave du foie et l'on sait que cet organe est le principal siège de la formation du fibrinogène dont l'influence dans la S. R. est considérable. »

(Forestier a adopté l'abréviation S. R. choisie par Westergren pour désigner l'épreuve de sédimentation globulaire.)

Avec cette technique et l'instrumentation qu'a fait établir Jacques Forestier, les chiffres normaux limites sont de 8 à 11 m/m chez la femme, 4 à 7 m/m chez l'homme pendant la première heure. Jacques Forestier a montré avec Gerbay que dans les polyarthrites la vitesse de chute s'accroît jusqu'à 20 m/m, 50 m/m. et plus dans la première heure.

Cette accélération de la S. R. semble correspondre à l'intensité actuelle du processus inflammatoire, évoluer parallèlement à lui, et permettre de juger de la qualité de l'amélioration obtenue par le traitement.

La sédimentation globulaire n'est pas un test spécifique des arthrites. Son mécanisme assez mal élucidé, met en jeu des modifications des albumines du plasma sanguin. Soit modification d'albumines intrinsèques : augmentation du fibrinogène qui déchargerait les hématies, de P h inférieur ; soit extrinsèques : irruption dans la circulation d'albumines étrangères modifiant l'équilibre des charges électriques des constituants normaux du plasma.

Cette non spécificité fait qu'une S. R. accélérée prouve, non pas un état inflammatoire particulier, mais un état inflammatoire quelconque : tuberculose, cancer, bronchite banale ou même des états non pathologiques comme la grossesse. L'examen de la sédimentation globulaire joue surtout un rôle dans la conduite du traitement. Cependant une S. R. accélérée acquiert une grosse valeur diagnostique quand, au cours d'un rhumatisme, elle est constatée à plusieurs reprises en dehors de tout état inflammatoire extraarticulaire et que l'ensemble de l'examen oriente vers le diagnostic d'arthrite.

Réaction de Vernes à la résorcine

Coste, Lacapère et W. Rapaport ont établi que la réaction à la résorcine est habituellement élevée chez les malades porteurs d'arthrites.

« Sur 101 malades appartenant à ce groupe, le résultat moyen est de 44,3 contre 17, chiffre moyen chez les sujets normaux. Il y a généralement parallélisme entre l'intensité apparente du processus inflammatoire et l'importance de la floculation. »

Pratiquée sur le sérum sanguin, indépendante par conséquent des variations du fibrinogène, la réaction de Vernes semble gouvernée par des modifications des points isoélectriques, sous l'influence de protéines étrangères essaimées de néoformations inflammatoires.

Il faut admettre, malgré les travaux récents qui prouvent l'existence d'une forme tuberculeuse des polyarthrites que, dans le cas particulier des rhumatismes, une résorcine supérieure à 30 ne signifie pas forcément une origine tuberculeuse de l'arthrite. Pour nous S R et résorcine sont, dans l'ensemble, parallèles dans leurs résultats ; la première étant plus sensible, mais également sujette à plus de causes d'erreur que la seconde. Nous verrons plus loin que la dissociation des deux examens peut avoir une signification particulière.

De ces tests cliniques et biologiques, il faut retenir que les arthrites en évolution se caractérisent essentiellement par l'existence d'un état inflammatoire articulaire prouvé, cliniquement par l'atteinte de la synoviale, biologiquement par une leucocytose au-dessus de la normale, une résorcine au-dessus de 25, une sédimentation accélérée et parfois brochant sur le tout la notion d'une infection. Ainsi, des affections classiquement dispersées telles que la spondylose rhizomélique, les pseudo-rhumatismes infectieux, la maladie de Charcot sont groupées par Coste, Forestier et Lacapère, liées entre elles non par une étiologie qui reste douteuse, mais par un mode commun de réaction des tissus articulaires et périarticulaires.

Le plus grand nombre de ces arthrites se sont montrées aurosensibles, quelques-unes électivement ; pour d'autres, la vaccinothérapie, une chimiothérapie plus appropriée ont donné de meilleurs résultats. Nous pensons qu'il y a tout à gagner à essayer toujours la chrysothérapie dans les arthrites telles que nous venons d'en rappeler la définition.

CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES DE LA CLASSIFICATION DE COSTE, FORESTIER, LACAPERE

En créant un groupe de rhumatismes fondamentalement reliés par la présence de tissu inflammatoire, il devenait logique d'opposer à ces « Arthrites » un médicament tel que les sels d'or dont Forestier venait de montrer l'efficacité dans la Polyarthrite déformante progressive, et dont Feldt en particulier, venait de mettre en évidence le tropisme tissulaire.

Un programme fut ainsi élaboré dans le cadre de cette nouvelle classification. L'application méthodique se poursuivit à la Consultation spéciale des Maladies rhumatismales de l'hôpital Cochin, dans le service du Professeur Achard, sous la direction de mon Maître Coste et de J. Forestier.

Récemment, dans le « Journal des Praticiens » de septembre à novembre 1933, Coste indiquait les résultats acquis dans le cadre clinique délimité plus haut et fixait les grandes lignes de la Chrysothérapie des Rhumatismes Chroniques telle qu'on peut la concevoir actuellement.

Comme nous l'avons dit, Forestier avait, dès 1929, indiqué un schéma de traitement. Ce schéma lui était dicté par des considérations auxquelles il lui était impossible d'échapper. Les injections d'Allochrysine commencées pendant la cure thermale, à Aix-les-Bains, étaient continuées hors la surveillance de l'auteur de la méthode par des praticiens, avertis des accidents chrysothérapiques par l'expérience du traitement chez les tuberculeux pulmonaires, mais souvent déroutés par l'intolérance très spéciale que manifestent les rhumatisants aux sels d'or. Devant éviter dans la mesure du possible ces accidents, Forestier fut amené à concevoir un traitement s'échelonnant sur de longs mois, en séries de 1,50 gr. environ, par doses maxima de 0,10 gr.

La rigidité d'une telle thérapeutique n'empêcha pas la méthode d'enregistrer les plus beaux succès. Malheureusement, elle n'écartait pas entiè-

rement l'apparition des accidents, surtout cutanés, et l'amélioration ne se manifestait parfois qu'au cours de la deuxième série d'injections.

Ces inconvénients entraînaient souvent la désaffection du médecin pour une thérapeutique dont les accidents médicamenteux n'étaient pas exclus, et la désaffection du malade qui jugeait que les résultats se faisaient trop attendre.

« Telle quelle, écrivait Coste dans le « Journal des Praticiens » du 16 septembre 1933, la méthode de Forestier a donné des succès remarquables et elle doit demeurer la base de la chrysothérapie du rhumatisme chronique, au moins entre les mains des praticiens.

« Mais il est permis de se demander si, en changeant de sel d'or, en modifiant la technique des injections, en creusant davantage les rapports entre la posologie et l'étiologie des polyarthrites traitées, il ne serait pas possible d'obtenir des résultats encore supérieurs. »

Et à côté de ce traitement omnibus (terme qui ne saurait, ici, être péjoratif) il faisait connaître, basées sur l'expérience acquise à la Consultation de l'hôpital Cochin, des posologies plus souples tenant compte de ces multiples cas particuliers que sont les formes cliniques des Arthrites.

DEUXIEME PARTIE

I

BUT DE CE TRAVAIL

Alors que la chimiothérapie par l'or est encore discutée par certains phtisiologues, et que la chrysothérapie des rhumatismes chroniques date à peine de 5 ans, ce n'est pas une gageure d'avoir voulu en écrire l'histoire et marquer les étapes de son développement.

Nous ne croyons pas, en effet, qu'il y ait actuellement dans l'arsenal antirhumatismal, une méthode ayant la portée générale de la chrysothérapie.

Dans certains « pseudo-rhumatismes infectieux » à germes connus la vaccinothérapie a donné de nets succès.

Mais dans ces « arthrites » à germes inconnus dont l'étiologie ne peut être, actuellement, soupçonnée que sur de lointains commémoratifs, il ne semble pas que les résultats favorables enregistrés par une vaccinothérapie à germes isolés de foci divers, dépassent ceux que l'on peut obtenir par une protéinothérapie banale.

Le vaccin per-cutané de Ponndorf dont Coste et Lacapère ont montré le remarquable intérêt dans les « arthrites », ne saurait lui-même être mis en parallèle avec l'aurothérapie.

Le traitement chimiothérapique du rhumatisme chronique s'est enrichi ces dernières années de corps qui s'apparentent à quatre groupes :

- dérivés du soufre avec MM. Loeper et Wahram ;
- corps de la série du radium et notamment son émanation qui, à doses assez élevées, entre les mains de Falta, Gudzent, Happel, Thielman et Sarmsen ont donné des résultats encourageants.
- corps de la série du thorium dont mon regretté maître A. Leri a montré l'action souvent héroïque dans la Spondylose rhizomélisque ankylosante ;
- enfin de nombreux composés iodés peu toxiques, notamment ceux que Thiroloix et Madame Brace-Gillot ont introduits en thérapeutique, avaient modifié dans une mesure assez faible l'évolution des polyarthrites. En regard de toutes ces thérapeutiques, les sels d'or tranchent par la plus grande régularité et aussi la qualité de leur action.

Certains de nos patients avaient épuisé tous les traitements anti-rhumatismaux. Nous avons pu nous convaincre que là, où des traitements divers, opothérapiques et autres, avaient échoué, les sels d'or seuls se montraient capables d'enrayer la marche progressive d'une polyarthrite.

Il est possible que certains de nos résultats soient jugés assez minces. Mais, sachant l'évolution fatale de la Maladie de Charcot vers l'ankylose, l'atteinte fréquente des ceintures qui d'un impotent fait un grabataire ; à défaut de « *restitutio ad integrum* », la suppression des douleurs et l'arrêt de la maladie apparaissent un résultat satisfaisant.

Certes, comme d'autres médicaments, les sels d'or connaissent des échecs, le pourcentage de ceux-ci est relativement faible. Les observations que nous apportons appartiennent à une période de défrichement, l'expérience nous a appris que, dans bien des cas, de mauvais résultats finaux auraient pu, par une posologie mieux adaptée, être transformés en succès. Cette posologie, il a fallu la créer et une thérapeutique nouvelle ne va pas sans erreurs. Pendant les trois années que nous avons passées à Paris près de notre maître Coste ; à Aix-les-Bains avec Forestier, nous avons pu assister à l'élaboration de cette nouvelle thérapeutique et nous avons suivi la plupart des malades dont nous donnons l'observation.

Le but de ce travail est d'apporter une somme de faits, d'indiquer les cas justiciables de la chrysothérapie, les résultats que l'on peut espérer obtenir, les incidents inhérents au traitement, et les précautions dont doit s'entourer celui qui tentera la chrysothérapie des Arthrites. Enfin, de développer les directives posologiques auxquelles ont abouti Coste et Forestier.

Nous ne méconnaissons pas l'intérêt de certaines discussions pathogéniques sur le mode d'action des sels d'or, la nature des accidents et leur genèse. Ainsi les travaux de Milian sur le Biotropisme et ceux de Tzank sur les intolérances peuvent fournir des suggestions utiles. Cependant, ayant voulu faire un travail de pratique courante et nous appuyer le moins possible sur les explications théoriques, encore si pleines d'incertitude, nous n'en parlerons que de façon incidente, énumérant les accidents sans trop discuter leur mécanisme.

II

CLASSEMENT DES OBSERVATIONS

Nos observations viennent de trois sources :

1° Observations de la Consultation de l'hôpital Cochin.

Pour ces malades, le traitement fut strictement ambulatoire. Certains continuaient à travailler de façon pénible. En général, leur condition matérielle et morale était défectueuse : mauvaise alimentation, logements mal aérés, peu éclairés, encore plus souvent manque d'hygiène corporelle.

2° Observations personnelles de notre maître Coste.

Ici, la cure aurique, même lorsqu'on la pratiquait sous forme ambulatoire, était généralement aidée par la possibilité d'un repos temporaire, en cas de fatigue ou de recrudescence passagère des douleurs. Ces malades bénéficiaient d'une vie matériellement plus facile et d'une surveillance médicale plus stricte.

Nous avons groupé ces deux séries d'observations. Dans la deuxième série, étant donné la surveillance et la docilité plus grande des malades, les résultats définitifs sont plus complets et surtout les incidents de traitement sont moins nombreux. Mais ces malades ont été traités selon les mêmes directives générales et les résultats obtenus ont montré que la chrysothérapie est possible même dans des conditions extramédicales peu favorables.

Dans quelques cas particuliers, des recoupements permirent de soupçonner l'importance de certains facteurs, moraux notamment, sur lesquels nous reviendrons en discutant les résultats enregistrés.

3° Observations personnelles de J. Forestier.

Elles sont en petit nombre et cherchent à mettre en évidence quelques notions importantes, auxquelles a abouti Forestier, tant dans l'examen des rhumatisants que dans la surveillance des cures chrysothérapiques.

Nous mettrons ces dernières observations à part, et les pourcentages que nous avons établis l'ont été à l'aide des observations des deux premiers groupes concernant uniquement les malades, traités par Coste et nous-même d'octobre 1929 à mars 1933.

Il a fallu sérier ces observations de manière à pouvoir comparer entre eux les résultats obtenus et essayer d'en dégager des règles générales de traitement.

Nous venons de dire que la notion de leur origine (clientèle d'hôpital ou de ville) ne présentait qu'une importance restreinte.

Ayant montré l'unité relative du groupe des Arthrites, nous aurions pu suivre l'ordre chronologique qui, en plus de sa facilité, aurait montré les modifications apportées, peu à peu, à la posologie. Mais cette vision rétrospective n'avait d'intérêt que pour ceux qui ont collaboré au développement de la méthode et ne donnerait au lecteur que des renseignements peu utiles.

Deux classements restaient à envisager :

1. Classement des observations selon le sel d'or utilisé

Tous les sels d'or dont nous nous sommes servis ont des caractères chimiques communs. A cette unité chimique relative correspond probablement un mode d'action identique.

Nous pouvons supposer, quel que soit le sel d'or utilisé, que lorsque

la guérison survient, c'est le même mécanisme qui produit la fonte des éléments inflammatoires péri-articulaires.

L'expérience que nous avons actuellement acquise nous permet de penser que les réactions de l'organisme à l'imprégnation aurique sont dans tous les cas semblables à elles-mêmes. Tout au plus différent-elles par leur intensité, sans qu'elles soient qualitativement dissemblables. Mais, il était permis de se demander si, de même que les Arthrites ne sont pas toutes également aurosensibles, les divers sels d'or n'auraient pas des propriétés arthrotropes inégales.

C'est en particulier l'opinion que nous avons souvent entendu soutenir par Forestier. Il pensait que l'Allochrysine avait une action articulaire plus considérable que les autres sels d'or. Nous avons tendance à nous séparer, ici, de lui. Certes, nous avons vu des traitements qui s'annonçaient comme devant échouer, aboutir au succès par la substitution d'un sel d'or à un autre. Mais l'analyse de ces observations nous porte à croire que le deuxième sel d'or utilisé agissait mieux : soit, parce qu'il avait provoqué moins de réactions d'intolérance, et que cette tolérance avait permis d'augmenter les doses, soit, parfois, simplement, parce que l'on arrivait à la période où l'amélioration commençait à se manifester.

Encore moins peut-on parler de l'indication élective d'un sel d'or donné dans une forme particulière d'arthrite.

Si certains auteurs, envisageant des maladies non rhumatismales, ont pu espérer trouver, pour deux affections voisines, un sel d'or idéal et différent, leur hypothèse n'a pas été vérifiée jusqu'à présent, et nous n'avons rien observé de semblable dans la chrysothérapie des Arthrites.

Cette préoccupation est une des conséquences de l'assimilation, peut-être un peu hâtive, que certains ont voulu établir entre les diverses chimiothérapies. Il était tentant de rechercher, s'il n'existait pas, comme cela se produit dans l'arsénothérapie, des dérivés auriques dont l'action serait élective pour une affection donnée ou même pour une étape particulière de cette affection.

Il n'existe pas, actuellement, de composés auriques dont l'action thérapeutique soit aussi étroitement spécialisée, mais cela tient peut-être au petit nombre de sels d'or connus à ce jour.

Peut-être y a-t-il également, entre les diverses combinaisons envisagées, qui toutes reposent sur l'union du métal à un radical soufré, une parenté plus étroite qu'entre les arsenicaux tri et pentavalents par exemple, et, par conséquent, une unité plus grande de l'action thérapeutique. Nous l'ignorons, mais, toujours est-il qu'en clinique, cette analogie des effets thérapeutiques nous paraît assez évidente.

A première vue, on pourrait croire que certains accidents appartiennent en propre à un sel d'or particulier, par exemple : bronchites et réactions focales avec le Solganal ; érythrodermie avec la Crisalbine. Quand on analyse un matériel important, on voit qu'il n'en est rien. Tous les sels d'or que nous avons expérimentés peuvent reproduire, à des degrés divers, les mêmes accidents. Ce ne sont pas la présence ou l'ab-

sence de tel accident, mais ses modalités d'apparition, d'évolution, sa gravité qui, dans une certaine mesure, sont l'apanage d'un sel d'or donné.

Les sels d'or sont diversement tolérés par l'organisme. Le Solganal semble être le mieux toléré de ceux que nous avons utilisés. Cela ne veut pas dire qu'il donne beaucoup moins d'accidents que les autres sels d'or, mais c'est le seul que nous avons pu injecter à des doses importantes avec un minimum d'incidents. Par contre, c'est à lui également que l'on doit imputer les accidents les plus graves, généralement dans des cas où nous avions surestimé sa tolérance par l'organisme.

On voit donc qu'un classement, basé sur le sel d'or utilisé, eût artificiellement opposé des groupes de faits, que séparaient de simples nuances et non des différences tranchées.

2. Classement adopté

Nous avons préféré classer nos observations d'après les formes cliniques et étiologiques que nous avons eu à traiter. Le groupement ainsi obtenu est plus rationnel, plus homogène, et il répond au but essentiellement pratique que nous poursuivons, et qui est de guider autant que possible le thérapeute, de lui montrer, selon le type d'arthrite auquel il a affaire, et dans chaque cas particulier, SI et COMMENT il doit se servir des sels d'or.

a) Les Polyarthrites symétriques

.En premier lieu :

La Maladie de Charcot, rhumatisme déformant trophonévritique de Tessier et Roques, que MM. Bezançon et M. P. Weill appellent : Polyarthrite symétrique progressive, où l'atteinte des métacarpo phalangiennes et des articulations distales des doigts semble être constante. Ce syndrome mérite une place à part. Comme l'a écrit notre maître Coste : ce cas est « celui qui représente une indication élective pour la Chrysothérapie, non point qu'elle y agisse mieux qu'ailleurs, mais parce qu'elle est le plus souvent ici seule à agir, les autres traitements échouant ».

Ce syndrome est nettement individualisé mais il existe d'autres polyarthrites également symétriques, également progressives, mais qui ne donnent pas les déformations décrites par Charcot. Ces formes sont assez nombreuses, difficiles à lier entre elles, et certaines paraissent très peu aurosensibles.

b) Les Polyarthrites non symétriques

A côté de ces Polyarthrites symétriques existent des Polyarthrites non symétriques, expression que nous préférons malgré sa lourdeur, au mot critiquable de Multiarthrite employé par MM. Bezançon et M. P. Weill.

Coste, Forestier et Lacapère qui sont bien loin de méconnaître les

modalités particulières de la Maladie de Charcot (sur lesquelles Coste insistait récemment à la Ligue contre le Rhumatisme) soutiennent que la symétrie n'est qu'un « caractère habituellement très tardif et de ce fait assez banal ». Il y a cependant intérêt à présenter ensemble ces Polyarthrites asymétriques, car si certaines évolueront vers la Maladie de Charcot, d'autres resteront toujours asymétriques. Et, alors que le doute étiologique est très fréquent dans les Polyarthrites symétriques, ici, dans ce groupe artificiel créé pour une finalité thérapeutique, l'étiologie apparaît de temps à autre et permet de modifier la posologie aurique.

c) Oligoarthrites

Enfin, dans un troisième groupe, nous placerons les Oligoarthrites de Coste. Chez les malades de ce groupe, un nombre restreint d'articulations est touché, parfois même une seule.

Ce sont essentiellement des arthrites des grosses articulations : genoux, hanches, rarement épaules, avec une ou deux localisations aberrante à un poignet, une cheville, ou une main.

C'est ici que l'on rencontre, surtout, les classiques pseudo rhumatismes infectieux (tuberculeux, blennorragique, syphilitique, etc...).

C'est aussi dans ce groupe, où l'étiologie devient fréquemment connue, que se rangent, à notre sens, la plupart des Arthrites focales des Anglo-Saxons, dont la tolérance à l'or se rapproche de celle des arthrites à germe connu.

Les spondylites infectieuses, la Spondylose rhizomélisque de Pierre Marie et A. Léri, doivent être distraites de ces groupes. Il semble bien que les rhumatismes inflammatoires de la colonne vertébrale échappent aux règles qui peuvent guider dans le traitement des autres arthrites.

De même, la maladie de Bouillaud a des réactions très particulières vis-à-vis de la chrysothérapie et, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne semble pas que l'or puisse être considéré comme un spécifique du rhumatisme articulaire aigu, qui reste, au premier chef, justiciable de la médication salicylée.

Nous espérons, chemin faisant, montrer le bien fondé de ce classement.

D'ailleurs, ce groupement de matériaux cliniques ne prétend pas constituer une véritable classification.

Ces groupes A - B - C, basés sur la topographie des arthrites, sont certainement critiquables d'un point de vue purement théorique, mais l'expérience montre que les arthrites de ces différents groupes réagissent de façon différente aux sels d'or.

1° De A à C, la probabilité d'une étiologie infectieuse devient de plus en plus grande : l'expérience apprend que chaque fois qu'un germe peut être mis en cause la tolérance est accrue.

2° De A à C, le nombre des articulations prises chez un même individu décroît : l'expérience montre que plus la maladie rhumatismale est oligoarticulaire, plus la tolérance est grande.

3° De A à C, enfin, l'importance de la loi de « non spécificité de la réaction », de Duvernay, décroît pour s'éteindre dans le dernier groupe : les faits montrent que la tolérance aurique est en raison inverse de la complexité de l'ensemble pathologique, celle-ci étant fonction : de la pluralité des facteurs étiologiques et pathogéniques, du nombre des articles touchés, de la systématisation des désordres articulaires, des modifications du terrain.

Certes, l'aurotolérance n'est pas l'aurosensibilité, mais les arthrites, toutes plus ou moins aurosensibles, ont une aurotolérance variant dans de telles limites, que souvent une cure, qui s'annonçait favorable, est interrompue par un accident subit. Aussi, avec notre Maître Coste, nous pensons que le problème de la chrysothérapie est dominé par le problème de l'intolérance, et cela légitime, pour une part, le classement que nous avons adopté.

Après avoir discuté les résultats obtenus, décrit les accidents observés, nous donnerons, forme par forme, une revue générale des arthrites, avec la posologie adaptée à chaque cas particulier.

III

SCHEMAS POSOLOGIQUES

Nous nous sommes servis de cinq sels d'or. Nous rappellerons simplement leur formule, leurs caractères chimiques étant exposés très longuement dans des ouvrages dont on trouvera la liste à l'index bibliographique.

1. ALLOCHRYSINE.

C'est le sel d'or dont s'est servi initialement J. Forestier. C'est un aurothio-propanol sulfonate de sodium. Poudre blanche, amorphe, très soluble dans l'eau, renfermant environ 47 pour 100 d'or métal.

L'allochrysine s'emploie en solution aqueuse par voie intramusculaire.

2. CRISALBINE.

Thiosulfate double d'or et de sodium. Ce sel d'or renferme environ 37 pour cent d'or métal. C'est une poudre cristalline, blanche, très soluble dans l'eau, dont la solution est presque neutre.

Nous nous sommes servis de la voie habituelle d'injection qui est la voie intraveineuse. Lebeuf et Mollard ont injecté la Crisalbine, en suspension huileuse, dans le muscle. C'est ce thiosulfate (spécialisé sous le nom de Sanocrysine) qui a servi aux premiers essais de Möllgard.

3. SOLGANAL A.

C'est le 4-aminométhylènesulfonate sodique-2-aurothiophénol-1-sulfonate sodique. Poudre très hygroscopique, jaune clair. La voie d'injection est la voie intra-veineuse.

4. SOLGANAL B.

Aurothioglucose, renfermant 50 pour cent d'or métal. Poudre jaunâtre, très soluble dans l'eau.

Nous l'avons utilisé sous deux formes : solution aqueuse (Solganal B aqueux), et suspension huileuse (Oléosolganal B.). L'injection se fait intramusculaire.

5. LIPAULOL.

Dithiocamphocarbonate d'or et de sodium. Ce corps s'emploie en solution huileuse, il est le seul que nous ayons employé de cette façon.

De tous ces cels d'or, la Crisalbine est un sel minéral, les autres des sels organiques. Dans tous, l'or est combiné à un radical soufré.

Pour réaliser le programme tracé par la classification de Coste, Forestier et Lacapère, il fallut établir des schémas posologiques arbitraires.

Il existait une base. Dans ses premiers essais J. Forestier avait utilisé des doses de 0,25 gr. d'Allochrysine pour s'en tenir bientôt à 0,10 gr. au maximum par injection. A 0,25 gr. en effet, il était le plus souvent arrêté vers la 5^e ou 6^e injection par des réactions cutanées importantes, qui rendaient impossible la continuation de la cure, même avec des doses plus faibles. La facilité particulière de l'Allochrysine de donner des réactions cutanées aux doses un peu élevées ; la ténacité des accidents, une fois ceux-ci installés, amenèrent mon Maître Coste à chercher un sel plus maniable. Ayant constaté, avec Bolgert, la toxicité relativement moindre du Solganal B pour le cobaye, il chercha à le substituer à l'Allochrysine dans le schéma posologique de Jacques Forestier, et à voir si, d'autre part, des doses progressives ne pourraient être accumulées jusqu'à un total important sans solliciter des réactions d'intolérance.

D'où 4 types de traitement :

TYPE I FAIBLE : C'est le schéma initial de Forestier. Séries de 1,50 gr. environ, séparées par un repos de 6 semaines à 2 mois. Deux séries au minimum. Chaque série comprenant 1 à 2 injections de 0,05 gr. pour tâter la tolérance du patient, les autres injections étant de 0,10 gr., espacées de 5 jours. A été réalisé avec l'Allochrysine, la Crisalbine, le Solganal B.

TYPE I FORT : Même répartition générale mais : doses plus fortes de 0,10 gr. à 0,30 gr., bi-hebdomadaires, parfois hebdomadaires ; total de 2 gr. à 2 gr. 50.

A été réalisé surtout avec le Solganal B Aq et l'Oléo Solganal B. Rarement avec la Crisalbine et l'Allochrysine.

TYPE II FAIBLE : Posologie progressive. Début par très petites doses : un centigramme, puis deux centigrammes, jusqu'à des doses unitaires maximum de 0,10 gr. à 0,20 gr., hebdomadaires ou bi-hebdomadaires.

A été réalisé avec le Solganal B Aq et l'Oléo Solganal B.

Ce n'est souvent que le type ci-dessous limité dans son développement par l'intolérance du malade :

TYPE II FORT : Même posologie progressive, réalisée suivant deux modes : soit, départ par très petites doses, un centigramme, etc... jusqu'à 0,40 gr., hebdomadaires ou bi-hebdomadaires; soit et plus souvent, début par 0,05 gr., 0,10 gr., et atteinte très rapide d'une dose de 0,40 gr. ou 0,50 gr. alternant avec des injections de 0,20 gr. ou de 0,25 gr. tous les trois jours. Ici les doses totales varient dans des limites considérables, C'est le Solganal B Aqueux ou huileux qui a été utilisé, dans 2 cas ce fut la Crisalbine.

Certains malades furent mis au Solganal B per os, soit parce qu'ils toléraient mal les injections ; soit à titre de cure d'entretien.

IV

APPRECIATION ET NOTATION DES RESULTATS ENREGISTRES

Pour apprécier utilement les modifications heureuses que le traitement apporte dans l'état du malade, il est nécessaire d'avoir des repères. Les rhumatismes sont des affections de longue durée où le patient s'inquiète du présent, se préoccupe de l'avenir, mais oublie totalement le passé.

Un malade, dont l'état se sera considérablement amélioré, à un moment donné, sous l'action d'un médicament quelconque, mais dont l'état est resté stationnaire depuis, affirmera, de bonne foi, n'avoir à aucun moment ressenti de soulagement.

Cliniquement, un signe des plus importants est la disparition de la douleur.

L'aspirine, chez les rhumatisants, est supérieure aux barbituriques et aux autres antalgiques. Elle calme la douleur, mais surtout, diminue le matin la raideur articulaire et rend les premiers mouvements plus aisés.

Aussi, Forestier a-t-il l'habitude de toujours demander à ses patients, au début de la cure aurique, combien de comprimés de 50 centigrammes ils absorbent par jour. La comparaison de ce nombre, et de celui dont

ils se contentent en fin de cure, permet de juger des modifications de la douleur et de la raideur.

Un autre signe est la disparition des gonflements péri-articulaires. C'est un élément soumis à l'appréciation du médecin, et qui, dans les cas où l'article se dépouille totalement de sa gangue inflammatoire, ne prête à aucune discussion. Mais les cas où l'on doit se contenter d'enregistrer la diminution du gonflement sont nombreux, et n'ont pas la valeur qui s'attache à sa disparition.

Le relèvement de l'état général, la sensation de bien-être, qui suivent, fréquemment, les injections auriques, bien qu'éléments éminemment subjectifs ne doivent pas être négligés. C'est souvent par eux que débute l'amélioration. Ils ne passent pas inaperçus du malade. Quand celui-ci les signale, le médecin doit s'en servir habilement, comme preuve de l'efficacité d'un traitement dont la longueur risque de rebuter le patient.

Telles sont les modifications cliniques. Elles demandent, au moins pour la première série, à être recherchées avec soin.

Si dans certains cas, rares d'ailleurs, on assiste en quelques semaines à une disparition complète de la douleur et des gonflements, le plus souvent, surtout avec les séries faibles, et ce sont les plus nombreuses, l'amélioration se fait par étapes et le bon résultat final est la somme de gains répétés, mais individuellement peu importants. Cette lente progression vers la guérison nécessite, de la part du médecin, un examen minutieux du malade et l'obligation de noter fréquemment l'état articulaire.

Cette obligation n'est pas en elle-même un inconvénient, mais on conçoit que l'on ait cherché à confirmer l'impression clinique par des examens de laboratoire, dont les réponses chiffrées semblent laisser moins de place à l'incertitude.

Dans ce cas, le laboratoire n'apporte rien d'essentiel, on lui demande uniquement de montrer, en accord, avec l'examen clinique que le traitement entrepris est efficace.

Mais il y a des cas où la clinique ne peut donner aucun renseignement, pour juger, par exemple, de la qualité d'une guérison. On verra en parcourant nos observations la fréquence des récidives après une guérison clinique véritable.

Il ne s'agit pas de malades chez lesquels, malgré une grande amélioration, existent quelques gonflements inflammatoires, résiduels et discrets, qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle généralisation articulaire. Non seulement il n'y a plus de douleurs, mais à part les attitudes vicieuses, les articulations ont repris un aspect absolument normal.

Après quelques mois, des gonflements synoviaux réapparaissent soudain, souvent avec une acuité douloureuse qui n'avait jamais été atteinte auparavant. Etant donné le peu de temps écoulé, l'absence de causes déterminantes nouvelles, les signes physiques et les localisations identi-

ques, l'hypothèse d'un rhumatisme nouveau, complètement indépendant des arthrites antérieures, n'est pas à retenir. Il s'agit bien d'une récurrence.

Cliniquement, on peut prévoir la récurrence d'arthrites focales quand on a négligé de débarrasser le malade des foyers d'infection.

Dans les autres cas l'examen physique n'est d'aucun secours, et il est logique de se demander si, pendant la période de silence clinique, certains examens de laboratoire permettent de prévoir cette récurrence.

Ces examens ne peuvent être que les témoins, parfois très indirects, de la persistance des facteurs responsables des arthrites disparues. Ce sont : soit des réactions spécifiques, du type Bordet-Gengou ; soit des examens non spécifiques : sédimentation globulaire, floculation à la résorcine de Vernes, dont nous avons vu l'importance pour établir le diagnostic d'arthrite.

— Chez un syphilitique, après guérison des arthrites, la présence d'un Bordet-Wasserman positif doit faire pratiquer un traitement spécifique.

— Après la guérison d'arthrites tuberculeuses, il est nécessaire de rechercher, par les moyens cliniques et radiologiques habituels, mais également par la réaction de Vernes et la réaction de Besredka, l'existence d'un foyer tuberculeux possible.

— La persistance d'une gono-réaction positive est plus délicate à interpréter. Il est probable qu'elle indique la nécessité de faire suivre la chrysothérapie d'une vaccination spécifique, et de rechercher la persistance d'un foyer gonococcique. On peut d'ailleurs rapprocher ces deux derniers cas des arthrites dites focales, et supposer que la présence d'un foyer infectant est susceptible de reproduire les arthrites.

Malheureusement, dans la majorité des cas, ces réactions, dont certaines sont peu sensibles, deviennent négatives. D'autre part, l'interrogatoire et l'examen du malade renseignent rarement avec certitude, sur les causes du rhumatisme.

Cependant, puisque les arthrites se produisent après une guérison apparente, c'est que persistent dans l'organisme les conditions nécessaires à leur éclosion. Ce terme est très vague, mais il ne peut être remplacé par un autre plus précis puisque nous ignorons, presque toujours, et l'étiologie et la pathogénie des arthrites chroniques. En empruntant au langage des syphiligraphes une image critiquable mais expressive, on peut dire que le malade a été « blanchi » mais non guéri.

On s'est demandé si les divers examens non spécifiques : sédimentation globulaire, réaction à la résorcine, qui concourent à établir le diagnostic d'arthrites, pouvaient, pratiqués en séries, avertir le médecin de la récurrence prochaine.

Forestier s'est beaucoup occupé des variations de la S. R. au cours de l'évolution des arthrites traitées par les sels d'or.

Il s'est attaché à préciser deux points :

1° Que devient la S. R. quand il y a guérison ?

2° Cette guérison survenue, l'accélération progressive de la vitesse

de chute des hématies, constatée au cours d'examens répétés, est-elle l'annonce d'une récurrence prochaine ?

Les conclusions de Forestier sont les suivantes :

1° Il n'y a guérison véritable que si à la guérison clinique correspond une S. R. redevenue normale.

2° Au cours de la guérison, l'élévation progressive des chiffres de la S. R. doit faire craindre une récurrence.

Notation des résultats enregistrés

Nous avons coté les résultats obtenus à l'hôpital Cochin sans tenir compte des réactions biologiques. Dans une consultation hospitalière, où passent de nombreux malades, il est, parfois, difficile de veiller à l'application d'une technique rigoureuse au prélèvement sanguin, destiné aux sédimentations, de plus les malades se dérobent fréquemment à la prise de sang et empêchent ainsi, d'établir des points de repère convenablement échelonnés.

C'est pourquoi nous nous sommes basés, pour l'évaluation des résultats, sur l'interrogatoire et l'examen clinique des articulations.

a) Résultats favorables

Résultats excellents : Guérison clinique, c'est-à-dire suppression des douleurs et disparition complète des arthrites.

Résultats très bons : Chez la plupart de ces malades les douleurs sont complètement disparues, il ne persiste que très rarement, quelque léger empatement articulaire dont il est bien difficile de préciser le caractère inflammatoire ou fibreux. C'est ce doute qui empêche de considérer ces malades comme guéris.

Résultats bons : Ce sont des malades considérablement améliorés qui, ou ne souffrent plus et gardent des gonflements articulaires, minimes, mais nettement inflammatoires, ou au contraire, malgré des articulations redevenues parfaitement normales, conservent de la raideur au réveil et quelques douleurs fugaces à l'occasion de travaux manuels.

Résultats assez bons : Les résultats groupés sous ce chef concernent des malades indiscutablement soulagés, en très gros progrès parfois sur leur état antérieur. Le plus souvent ce sont des malades qui ne souffrent plus, mais qui, malgré la diminution du gonflement articulaire, gardent encore des arthrites en activité.

Résultats très favorables : Il y a peu de différence entre les résultats excellents, très bons et bons. Si l'avenir de ces malades n'est pas

identique, au point de vue immédiat, ils forment un groupe apte à reprendre une vie normale. C'est pourquoi, dans les pourcentages que nous avons établis à la suite de nos observations, nous les avons rassemblés sous le terme de résultats très favorables. Ils représentent la somme des malades provisoirement et pratiquement guéris.

b) Résultats défavorables

Résultats douteux ou passables : Souvent le malade dit ressentir un soulagement, mais il prend les mêmes quantités d'aspirine et le tableau clinique n'est pas modifié. On a l'impression d'un gain sur l'état antérieur mais l'examen n'apporte aucune certitude.

Résultats nuls : Il n'y a aucun changement, le malade souffre, les arthrites continuent à évoluer.

Résultats mauvais : Il s'agit toujours, de malades ayant eu des réactions focales violentes et dont les articulations restent, une fois celles-ci disparues, plus douloureuses et plus raides.

OBSERVATIONS

POLYARTHRITES SYMETRIQUES AVEC SYNDROME DE CHARCOT

I. ETIOLOGIE INCONNUE OU TRES DOUTEUSE

OBSERVATION N° 1

F., 60 ans.

Polyarthrite étendue, désaxations des phalanges, atteinte des poignets, des épaules, des genoux. Pied plat métatarsien, bilatéral.

Antécédents :

La malade est une scléreuse pulmonaire. Il y aurait eu des tuberculeux dans sa famille.

Traitement :

Après quelques scarifications de vaccin de Ponndorf, qui améliore l'état articulaire, on fait :

1° Trois injections d'Allochrysine à 0,05 gr. type I f. A la dernière injection, congestion pulmonaire qui guérit et l'on constate une amélioration des douleurs et des gonflements articulaires. De nouveau, on fait quelques applications de Ponndorf, puis une nouvelle série d'or.

2° Douze injections de 0.05 gr. d'Allochrysine type I f, sans gain sur l'état antérieur. A ce moment, le résultat articulaire était satisfaisant ; la malade est revue deux ans après, ayant une récidence à la main droite.

OBSERVATION N° 2

F., 49 ans.

Polyarthrite symétrique avec déformations très accentuées des doigts, des mains et une grosse atteinte des genoux. Le début remonte à trois ans, un mois avant la ménopause.

Antécédents :

On ne note que des antécédents sans rapport immédiat avec la polyarthrite : une fluxion de poitrine à 5 ans ; un érysipèle à 26 ans ; les dents, cariées, sont tombées ou ont été enlevées.

Traitement :

Une seule série d'or a été pratiquée de type I f. Douze injections d'Allochrysine formant un total de 1.30 gr. avec un résultat nul.

La malade est revue 6 mois après la fin de cette série avec de gros œdèmes des membres inférieurs, s'améliorant par la digitaline.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine 70.

OBSERVATION N° 3

F., 23 ans.

Polyarthrite symétrique. Atteinte des doigts des mains avec ébauche de déformations ; atteinte des poignets. Il y a peu de chose aux autres articulations.

Il y a 8 ans, à la suite d'une infection ourlienne, la malade avait fait du rhumatisme des membres supérieurs, sans que l'on puisse préciser actuellement l'aspect clinique de ce rhumatisme, qui avait guéri complètement. Il y a deux ans, trois semaines après un accouchement prématuré, se place la poussée douloureuse articulaire semblant être le début de la polyarthrite actuelle. A cette époque, la malade avait une métrite et les mucosités utérines montraient des staphylocoques, des streptocoques, des colibacilles mais pas de gonocoques.

On trouve actuellement quelques pertes blanches.

La malade présente un tubercule de Carabelli.

Traitement :

1° Allochrysine I F. Total 1.20 gr. Peu de résultat. + Allochrysine I F (0.10 gr. en 10 injections) + 0.20 gr. + 0.25 gr. en 6 mois.

Amélioration des douleurs et du gonflement ayant persisté 6 mois. Bon résultat.

Au bout de 6 mois se produit une petite récive qui fait reprendre le traitement.

3° Allochrysine I f (0.10 gr. en 10 injections).

Assez bon résultat.

Un mois après, on fait une nouvelle série d'or.

4° Solganal aqueux. II F. Total de 2.60 gr. en deux mois et demi environ.

Bien supporté. Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Après la deuxième série d'Allochrysine : SR 15-41 (deuxième heure).

Après la série de Solganal : SR 12-30-76.

OBSERVATION N° 4

H., 44 ans.

Polyarthrite symétrique. Localisation aux mains et aux pieds. Atteinte des poignets, des métacarpo-phalangiennes, des phalangiennes, s'accom-

pagnant des désaxations habituelles et de synovite à grains riziformes. Les articulations homologues des pieds sont touchées.

On ne note rien de particulier dans les antécédents du malade.

Traitement :

Une seule série d'or a été pratiquée.

Allochrysine I F : 1.40 gr. en 18 jours.

Erythrodermie importante et staphylococcie cutanée.

La température est à 39°, les trois à quatre premiers jours.

Une recherche de l'albumine urinaire est négative.

Très bon résultat articulaire.

Le malade avait déjà eu une éruption scarlatiniforme à la suite d'injections intraveineuses antérieures de nature inconnue.

OBSERVATION N° 5

H., 49 ans.

Polyarthrite symétrique, touchant quelques grosses articulations et les articulations des doigts et des poignets. Ebauche de déformations.

Antécédents :

On note une tendance aux bronchites.

Traitement :

Quelques scarifications de Ponndorf donnent une amélioration articulaire de longue durée.

On entreprend une série de Crisalbine de type I f, qui donne des réactions focales et que l'on interrompt à 0,50 gr. On essaie à la suite d'injecter des granions d'or qui donnent les mêmes réactions articulaires.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine 48.

OBSERVATION N° 6

F., 31 ans.

Début il y a trois ans, à la suite d'un état grippal bénin.

Atteinte de quelques grosses articulations, des poignets, des doigts des mains avec ébauche de déformations.

Antécédents :

Il y a trois ans, bronchite avec participation pleurale légère. Règles irrégulières, un peu de leucorrhée, n'a jamais été enceinte.

Traitement :

Solganal B II F : 2.65 gr. + 0.25 gr. de Crisalbine. Résultat très bon.

Mais après la deuxième injection de Solganal à 0.50 gr., la malade se plaint de céphalée, de fatigue, symptômes qui vont en s'accroissant les jours suivants, tandis que les gonflements articulaires disparaissent.

21 jours après le début de ces malaises, on pratique un examen du sang qui montre une baisse des polynucléaires neutrophiles, une poussée éosinophilique et une augmentation des agranulocytes.

On suspend le traitement aurique ; la malade entre en observation dans le service du professeur Achar. L'examen somatique ne révèle que quelques signes légers de bronchite et une rougeur diffuse du voile et des piliers avec des amygdales légèrement tuméfiées. La température est à 39 degrés. Une hémoculture est négative. 12 jours après l'entrée en salle, les règles surviennent, en avance de 11 jours, mais d'abondance normale. Pendant les 29 jours que la malade a passé à l'hôpital, son état général est resté satisfaisant, malgré des signes inquiétants qui ont persisté 23 jours : fatigue intense, céphalée pénible, urines foncées où la culture mit en évidence du colibacille. Le pouls était accéléré, la tension artérielle de 10,5-7 au Vaquez.

Il y eut quelques troubles digestifs : constipation au début, puis un peu de diarrhée. Il n'y eut pas d'hémorragie. La radioscopie du thorax montra des poumons normaux. L'aspect du pharynx ne montra jamais autre chose qu'une rougeur diffuse.

Laboratoire :

Sérologie Σ négative ; Gono-R., négative ; Résorcine 34.

Examens sanguins :

Avant traitement : Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 73 % ; Polynucléaires éosinophiles, 1 ; Moyens mononucléaires, 15 ; Lymphocytes, 9 ; Formes de transition, 2.

Après avoir reçu 0 gr. 15 de Solganal B aqueux : Globules blancs : 12.800.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 85 % ; Polynucléaires Eosinophiles, 1 ; Moyens mononucléaires, 12 ; Lymphocytes, 2.

On pratique à la suite 0 gr. 25 de Crisalbine et 0 gr. 50 de Solganal B. aqueux, la malade accuse après cette injection une sensation de fatigue au réveil.

Un nouvel examen donne : globules blancs, 11.400 ; hémoglobine, 80 %.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 73 % ; Polynucléaires basophiles, 2 ; Polynucléaires éosinophiles, 2 ; Moyens mononucléaires, 13 ; Gros mononucléaires ; 1 ; Lymphocytes, 6 ; Formes de transition, 3.

Au total de 0 gr. 90 déjà injecté on ajoute 4 injections de 0 gr. 50 de Solganal B. aqueux, en 4 semaines. La céphalée, la lassitude, quelques phénomènes vertigineux font leur apparition.

Une examen de sang montre des modifications sanguines :

Hémoglobine, 80 % ; globules blancs, 2.000.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 18 % ; Polynucléaires basophiles, 4 ; Polynucléaires éosinophiles, 11 ; Moyens mononucléaires, 55 ; Lymphocytes, 9 ; Formes de transition, 3.

On suspend tout traitement, la malade entre en salle. 3 jours plus tard on note :

Globules rouges, 4.600.000 ; hémoglobine, 85 % ; globules blancs, 1.200.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 5 % ; Polynucléaires basophiles, 1 ; Polynucléaires éosinophiles, 13 ; Moyens mononucléaires, 58 ; Gros mononucléaires, 7 ; Lymphocytes, 12 ; Formes de transition, 4.

Plaquettes sanguines, 139.642.

Résistance globulaire, débute à 4,2, est totale à 3,2.

T. Saignement : 5 minutes 15 secondes.

T. Coagulation : 24 minutes, rétraction normale du caillot.

Pendant les 9 jours qui ont suivi l'entrée en salle, la malade ne suit aucun traitement. Les jours suivants et pendant 10 jours la malade reçoit deux, puis une injection quotidienne sous-cutanée de pyoformine, sans résultat.

Pendant cette période deux examens sanguins donnent les résultats suivants :

Globules rouges, 4.080.000 ; Globules blancs, 4.200 ; Hémoglobine, 80 %.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 4 % ; Polynucléaires basophiles, 5 ; Polynucléaires éosinophiles, 14 ; Moyens mononucléaires, 53 ; Gros mononucléaires, 5 ; Lymphocytes, 13 ; Formes de transition, 4 ; Promyélocytes, 1.

Un dosage de protéines par azotométrie donne des résultats normaux. Une semaine après, un nouvel examen confirme la poussée éosinophilique déjà amorcée :

Globules rouges, 3.840.000 ; Globules blancs, 4.400 ; Hémoglobine, 80 %.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 6 % ; Polynucléaires éosinophiles, 34 ; Moyens mononucléaires, 43 ; Gros mononucléaires, 10 ; Lymphocytes, 4 ; Formes de transition, 2 ; Métamyélocytes, 1.

On suspend le traitement par la pyoformine et on injecte quotidiennement dans le muscle 5 centimètres cubes d'une solution de nucléinate de soude à 4 %.

Deux jours après, chute rapide de la température qui revient à la normale en quarante-huit heures, avec disparition de la céphalée, ébauche de crise urinaire, disparition de la douleur pharyngée et surtout redressement subit de la formule sanguine :

Globules blancs, 5.200.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 30 % ; Polynucléaires basophiles, 2 ; Polynucléaires éosinophiles, 17 ; Moyens mononucléaires, 40 ; Gros mononucléaires, 1 ; Lymphocytes, 7 ; Formes de transition, 2 ; Métamyélocytes, 1.

Le traitement est continué pendant quelques jours, la malade s'alimente, se lève et sort bientôt de l'hôpital.

Un dernier examen montre :

Globules rouges, 4.400.000 ; Globules blancs, 5.000 ; Hémoglobine, 85 %.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 60 % ; Polynucléaires basophiles, 1 ; Polynucléaires éosinophiles, 10 ; Moyens mononucléaires, 22 ; Gros mononucléaires, 1 ; Lymphocytes, 5 ; Formes de transition, 1.

T. Saignement : une minute et demie.

T. Coagulation : douze minutes, rétraction normale du caillot. Le signe du lacet a été constamment négatif.

La malade est revue environ 3 ans après cet incident grave. Elle présente une rechute de sa polyarthrite. Un nouvel essai de traitement aurait provoqué les mêmes troubles fonctionnels (fatigue, céphalée intense) et a dû être rapidement abandonné. Il n'y eût pas cette fois de vérification hématologique.

OBSERVATION N° 7

F., 56 ans.

Polyarthrite symétrique subfébrile. Atteinte de nombreuses articulations. Aux mains, en plus des déformations habituelles, on note un début de rétraction palmaire. Le début remonte à 10 ans environ.

Le patient présente de la constipation habituelle, et il a cru remarquer que les douleurs devenaient plus vives quand la constipation s'accroissait.

Traitement :

Après quelques scarifications de vaccin de Ponndorf qui semble régulariser la température et un traitement par l'iodhéma, et l'extrait thyroïdien qui ne donne aucun résultat, on met la malade aux sels d'or.

1° Allochrysine type I f, 1 gr. en 11 injections. Assez bon résultat, mais au début de la série, bronchite banale qui n'oblige pas à interrompre le traitement. Un mois après la fin de cette série, on reprend par une série de :

2° Solganal B aqueux I F total : 1 gr. 40. Très bon résultat, mais érythème du cuir chevelu.

Cinq mois plus tard, le malade étant dans un état articulaire satisfaisant on fait une série d'entretien.

3° Oléosolganal type I F. 5 gr. en 20 injections de 0 gr. 25. Au bout de 1 gr. 50, la malade fait de violentes réactions focales et de petites réactions cardiaques. A 5 gr. une nouvelle poussée articulaire survient, qui se calme mais laisse la malade dans un état articulaire beaucoup moins bon qu'avant cette série.

De plus, pendant les mois qui suivent, apparaissent de petites éruptions maculeuses, la malade redevient subfébrile, présente de la céphalée, de l'œdème palpébral, quelques signes de légère défaillance cardiaque : tachycardie, dyspnée d'effort. Six mois après cette dernière série, les douleurs et les gonflements articulaires réapparaissent.

4° Solganal B aqueux type I f. Total : 1 gr. 50 qui améliore notablement la poussée articulaire, sans incident et remet la malade en bon état articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine 33 .

Après l'Allochrymie : SR 16-37-78.

Après la première série de Solganal : SR 16-32-80.

Au cours de la deuxième série de Solganal, en pleine poussée douloureuse : SR 17-36-85.

Immédiatement après la deuxième série de Solganal, série défavorable, les urines ne renferment ni albumine, ni cylindres.

Avant la troisième série de Solganal : Constante d'Ambard, 0.130 ;
Urée, 0.46.

Après la troisième série de Solganal : Constante d'Ambard, 0.160 ;
Urée : 0.42.

OBSERVATION N° 8

F., 47 ans.

Polyarthrite un peu disymétrique, atteinte d'un genou, d'une cheville, extension des coudes un peu limitée ; aux mains : atteintes irrégulières des phalangiennes avec tendance aux déformation du type Charcot. Il y a deux ans la malade avait présenté une périarthrite scapulo humérale.

Antécédents :

Ce sont surtout des antécédents génitaux : métrite à 25 ans, puis nombreuses grossesses qui se sont succédé dans l'ordre suivant : un accouchement prématuré (7 mois et demi), un enfant mort-né, un enfant bien portant, une fausse couche.

Traitement :

Traitée tout d'abord par 12 scarifications de Ponndorf, puis la malade est mise aux sels d'or :

1° Crisalbine : 1 gr. 25 : 11 injections, que suivent trois injections de Solganal B aqueux, réalisant un traitement de type I F, pour un total de 1 gr. 85. A la suite des injections de Crisalbine, la malade fait un érythème maculo papuleux qui persiste sans s'accroître avec le Solganal B. Une stomatite apparaît en fin de série. Grosse amélioration articulaire.

Les sels d'or donnant des incidents cutanés, la malade est mise successivement au Thiophan, puis au Ponndorf sans résultat. Quelques injections intraveineuses de $\text{SO}_4^4 \text{Cu}$ amènent un léger gain articulaire, mais de la fatigue. La malade est remise au Solganal B.

2° Solganal B aqueux 1 f : 1 gr. 10. Très bon résultat sur les arthrites, mais la malade fait une petite bronchite, le foie est gros, d'ailleurs, deux mois après la fin de cette série, l'état articulaire est toujours satisfaisant mais on note un syndrome gastro-hépatique.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 9-12-30.

Avant la deuxième série de Solganal : SR 16-47-95. Résorcine : 16.

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.084. Urée sanguine : 0.30.

OBSERVATION N° 9

F., 62 ans.

Grosse polyarthrite symétrique. Eléments synoviaux importants. Aux mains : coup de vent métacarpo-phalangien. Les épaules, les coudes sont également atteints. Les genoux sont énormes et chauds. On y trouve une importante hydarthrose.

Dans les antécédents on trouve seulement une chute sur le genou gauche avec phlegmon consécutif et en même temps hydarthrose du genou droit. Cet accident remonte à 8 ans environ.

Traitement :

1° Crisalbine I f, 1 gr. 50, injections bi-hebdomadaires. Bon résultat. Au bout d'un mois, l'amélioration persistant, on reprend l'aurothérapie.

2° Solganal B aqueux, 0 gr. 90 + Lipaurol fort : quelques ampoules + Solganal B aqueux, 5 gr. 60 type I F.

Toutes ces injections furent faites à la suite, le résultat articulaire final fut mauvais, alors que la série de 1 gr. 50 de Crisalbine avait été utile et bien supportée. La deuxième série fut émaillée de nombreux accidents bénins.

La première partie (Solganal B aqueux, 0 gr. 90) provoqua une réaction focale vive à la première injection et un eczéma fissuraire à 0 gr. 60. On change de sel d'or. Le Lipaurol est mal supporté localement. On revient au Solganal B aqueux. La malade souffre toujours et l'on arrête quand surviennent un rhume et de la diarrhée. Grosse fatigue consécutive au traitement.

Laboratoire :

Au début du traitement : Constante d'Ambard, 0.100. Urée sanguine, 0.24.

Après la deuxième série d'or : Constante d'Ambard, 0.100. Urée, 0.37.

OBSERVATION N° 10

F., 43 ans.

Polyarthrite symétrique, subfébrile, forme ankylosante, mais évoluant depuis 20 ans. Les déformations sont très accusées aux mains, les arthrites sont très étendues.

Traitement :

Crisalbine I f, 1 gr., injection bi-hebdomadaire, dose maxima, 0 gr. 10. Bon résultat, plus de douleurs, les ankyloses persistent.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 32-59-110. Résorcine 41. Calcémie 0.092.

OBSERVATION N° 11

F., 52 ans.

Polyarthrite symétrique. Atteinte de nombreuses articulations : les genoux, les chevilles, les épaules, les coudes, les poignets sont touchés. Aux mains, les arthrites réalisent au maximum le syndrome décrit par Charcot : déjètement cubital des métacarpiens, disjonction des articulations phalangiennes des 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e doigts. On note du glossyskin et de l'atrophie des doigts. Les mains sont moites, visqueuses, les téguments ont une teinte café au lait. Le début remonte à 9 ans, au moment de la ménopause. Il se fit par un rhumatisme scapulo-huméral bilatéral, et s'étendit progressivement aux coudes et aux mains. 6 ans plus tard : atteinte des genoux, puis des chevilles.

Traitement :

Après quelques scarifications au vaccin de Ponndorf et un traitement par l'Hormovarine et l'extrait thyroïdien, sans résultat, la malade est mise aux sels d'or associés à l'iode, et à des extraits glandulaires :

1° Allochrysine, 1 f, 1 gr. 50, injections hebdomadaires, dose maxima 0 gr. 05. Pendant les 15 premières injections surviennent de grosses réactions focales, puis se dessine une amélioration, quand, à la 30^e injection, apparaît un érythème maculeux qui s'améliore par des injections d'hyposulfite de soude. On essaie des injections de granions d'or. Ceux-ci réactivent l'éruption. Bon résultat articulaire se maintenant cinq mois. Puis les douleurs réapparaissent sans gonflements.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 19-38-92. Résorcine 81.

OBSERVATION N° 12

F., 55 ans.

Polyarthrite symétrique au début, atteinte presque exclusive des mains, aux doigts ébauche de déformation, synovites des poignets. Depuis quelques années, la malade présente des nodosités d'Héberden.

Antécédents :

On note : des règles survenues tardivement, pas de grossesse, un petit lupus guéri par électrocoagulation. Le mari est mort de tuberculose pulmonaire.

Traitement :

Oléosolganal B II F, 2 gr. 13 en un mois et demi. Injections bi-hebdomadaires. Très bon résultat articulaire ayant persisté plus de 3 mois, mais apparition en cours de série d'un érythème, puis d'une érythrodermie tardive à 2 gr. 13.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 38-55-64.

OBSERVATION N° 13

F., 27 ans.

Polyarthrite symétrique, surtout marquée aux mains avec début de désaxation des doigts et atteinte des métacarpo-phalangiennes des deux premiers doigts. Quelques ganglions cervicaux.

Traitement :

Crisalbine, 1 f, 0 gr. 95 en trois mois. Injections irrégulières. Assez bon résultat, ne persistant que cinq semaines, puis reprise des douleurs.

OBSERVATION N° 14

H., 52 ans.

Polyarthrite symétrique. Alors que fréquemment le début se fait par les épaules et que le processus inflammatoire gagne, d'article en article,

les articulations phalangiennes, ici le début se fit par les articulations distales aux mains et aux pieds. Actuellement, les articulations phalangiennes, les poignets sont gonflés, les coudes enraidis. Aux pieds, gonflement synovial des tibiotarsiennes.

Traitement :

Solganal A, intraveineux I F, 1 gr. 25, dose maxima, 0 gr. 25. Résultat nul.

Ce malade revu de longs mois après, à la consultation de l'hôpital Cochin, avait été très lentement, mais presque complètement débarrassé de ses arthrites par 5 à 6 séries de Thiophan.

OBSERVATION N° 15

F., 32 ans.

Polyarthrite symétrique touchant surtout la moitié supérieure du corps. Le début remonte à 10 ans. Actuellement, les sterno-claviculaires, les coudes, les poignets, les doigts des mains sont le siège de gonflements et de déformations aux phalangiennes proximales. On note quelques troubles trophiques des ongles, de l'acrocyanose des mains. La température est au-dessus de 37°.

Dans les antécédents on trouve une scarlatine à l'âge de 10 ans. Les règles sont régulières, il y a quelques pertes blanches.

Traitement :

Un essai de vaccination par le vaccin de Ponndorf ne donne aucun résultat, le malade est mis aux sels d'or.

1° Crisalbine I f, 0 gr. 60. Un résultat favorable commençait à se dessiner quand survint une éruption maculeuse, généralisée, qui prend un caractère eczématiforme avec suintement rétroauriculaire. Le traitement est repris quelques semaines après, le patient ayant reçu quelques injections d'hyposulfite qui font disparaître les aurides.

2° Crisalbine I f, 0 gr. 90, injections hebdomadaires. De nouveau apparaissent quelques aurides cutanées, maculeuses. Le traitement est suspendu d'autant plus facilement que l'état articulaire est très satisfaisant.

3° Trois mois après, persistent quelques signes articulaires et l'on refait une série d'Oléo-Solganal B I f, 0 gr. 60 en trois mois et demi, qui est interrompue par la patiente. Très bon résultat.

L'amélioration dure 7 mois, puis la malade revient 8 mois après la fin de la série d'Oléo-Solganal avec quelques douleurs et quelques signes objectifs : à une main, un gonflement métacarpo-phalangien, à l'autre un gonflement phalangien.

Laboratoire :

BW négatif ; SR 25-51-106.

Avant traitement : Constante d'Ambard, 0.110. Urée sanguine, 0.27.

Après traitement : Constante d'Ambard, 0.120. Urée sanguine, 0.25.

OBSERVATION N° 16

F., 52 ans.

Polyarthrite symétrique, atteinte très étendue des mains, métacarpo-phalangiennes et phalangiennes proximales sont le siège de déformations. D'autres jointures : genoux, poignets, sont également le siège d'importants gonflements synoviaux. Le début remonte à deux ans, et se fit par des crises douloureuses polyarticulaires très rapprochées.

Antécédents :

Deux fausses couches. De nombreux abcès de gorge dans l'adolescence non suivis de rhumatismes. A 14 ans, une fluxion de poitrine. Beaucoup plus tard, la malade sera prédisposée aux rhumes. Habite depuis longtemps un appartement humide.

Traitement :

Une amélioration légère, portant sur les douleurs est obtenue par des scarifications au vaccin de Ponndorf.

1° Solganal A intraveineux 1 F, 1 gr. 10 + 2 Solganal B à 0 gr. 25, injections hebdomadaires, dose maxima, 0 gr. 25. Très bon résultat ayant persisté complètement deux mois. A ce moment, petite reprise de douleurs, sans gonflements et apparition d'un petit hygroma suppuré rétro-calcanéen. Trois mois plus tard, soit cinq mois après l'arrêt de l'or, la récédive s'affirme et apparaissent des formations kystoïdes des poignets.

Trois mois après cette apparition, soit huit mois après la fin de la série de Solganal A, on fait :

2° Lipaurol, 0 gr. 71 d'or métal, qui, pour un bon résultat articulaire, donne des aurides cutanées maculeuses, apparues progressivement, et augmentant de nombre après l'arrêt du Lipaurol.

Une extirpation d'une formation kystoïde du poignet gauche, faite par le docteur Huet, procure un surcroît d'amélioration locale.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 14-31-90.

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.120. Urée sanguine : 0.45.

Après le Solganal : Constante d'Ambard : 0.145. Urée sanguine : 0.51. Trois mois avant le Lipaurol : Constante d'Ambard, 0.120. Urée sanguine, 0.45.

Immédiatement avant le Lipaurol : Constante d'Ambard, 0.084. Urée sanguine, 0.45.

OBSERVATION N° 17

F., 48 ans.

Polyarthrite symétrique frappant surtout les genoux et les petites articulations des deux mains. A celle-ci atteinte des métacarpo-phalangiennes et des phalangiennes.

Début il y a 7 ans.

Avant de venir consulter, la malade a été traitée sans succès par le soufre et l'iode sous différentes formes.

Antécédents :

A 33 ans : angine suspecte pour laquelle on fait du sérum antidiptérique qui donne de légères réactions sériques et des arthralgies persistant pendant un mois.

A 38 ans : coliques hépatiques, nécessitant une cholécystectomie après quelques cures à Vichy.

Réglée à 14 ans, régulièrement, mais peu abondamment. Depuis les accidents hépatiques, apparition de quelques taches rubis et de quelques pétéchiies. Saigne facilement au brossage des dents.

Traitement :

Traitée d'abord par divers vaccins, et l'autosérothérapie sans grand résultat.

Puis la patiente est soumise à l'aurothérapie.

1° Crisalbine 1 f : 1 gr. Fatigue sans amélioration. Très peu de temps après on tente un traitement radioactif.

2° Ixium : 50 + 100 + 150 microgrammes. La dernière piqûre provoque des vomissements, de l'asthénie et une exacerbation des douleurs, on cesse et on reprend des injections de sels d'or.

3° Crisalbine : 0.10 + Solganal B aqueux 1 F : 3 gr. 75, qui donne du prurit et quelques aurides maculeuses après 3 gr. 60, celles-ci cèdent à l'ingestion d'hyposulfite de magnésium.

3 jours après la dernière injection de 0 gr. 25 de Solganal alors qu'un total de 3 gr. 85 avait été injecté, la malade est hospitalisée pour un purpura généralisé hémorragique, elle meurt une semaine plus tard dans le coma malgré les transfusions pratiquées, avec des signes d'hémorragie méningée et une formule sanguine qui montre la déchéance des éléments granuleux du sang.

Voici la marche des désordre sanguins, le traitement que l'on tenta de leur opposer et les examens de sang pratiqués.

Les réactions de la syphilis étaient toutes négatives.

La Résorcine donne un indice photométrique de 33.

Avant tout traitement deux numérations globulaires donnèrent des chiffres parfaitement normaux.

Après 3 injections de la deuxième série d'or : Globules rouges : 5.100.000 ; Hémoglobine : 90 % ; Globules blancs : 3.200.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 78 % ; Polynucléaires éosinophiles, 4 ; Moyens mononucléaires, 11 ; Gros mononucléaires, 1 ; Formes de transition : 16.

A la fin de la série (Crisalbine 0 gr. 10 + Solganal B. Aqueux (3 gr. 75) : Globules rouges, 3.900.000 ; Hémoglobine, 80 % ; Globules blancs, 2.200.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 65 % ; Polynucléaires éosinophiles, 6 ; Moyens mononucléaires, 25 ; Gros mononucléaires, 3 ; Formes de transition, 1.

Trois jours plus tard, la malade est couverte d'ecchymoses de vastes dimensions, des cicatrices anciennes deviennent ecchymotiques. La malade saigne abondamment du nez et des gencives. On note des collections sanguines sous-conjonctivales, des bulles purpuriques des muqueuses de la bouche.

Il n'y a ni hématurie, ni métrorragie.

Cœur rapide, tension artérielle : $14-9 \frac{1}{2}$; température $37^{\circ}-38^{\circ}$.

Un examen sanguin donne : Globules rouges, 4.240.000 ; Hémoglobine, 85 % ; Globules blancs, 3.600.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 74 % ; Polynucléaires éosinophiles, 5 ; Moyens mononucléaires, 18 ; Lymphocytes, 2.

Le signe du lacet est fortement positif.

Le temps de saignement dépasse 36 minutes.

Le temps de coagulation est de 17 minutes.

Le caillot est complètement irrétractile.

On fait une transfusion de sang de 100 centimètres cubes, et le traitement classique est mis en œuvre : boissons glacées, anthéma, arrhémapectine, chlorure de calcium.

Le syndrome persistant, quarante-huit heures après on pratique une nouvelle transfusion de 400 grammes, on adjoint des injections sous-cutanées d'extrait de plaquettes (coagulène).

Les hémorragies semblent cesser, la malade se sent mieux. La tension artérielle est à $11/6$, le pouls rapide, bien frappé.

Cinq jours après l'entrée de la malade dans le service du professeur Achard, un examen de sang montre un bouleversement de la formule sanguine : Globules rouges, 2.380.000 ; Hémoglobine, 60 % ; Globules blancs, 2.260.

Formule sanguine : Polynucléaires neutrophiles, 22 % ; Polynucléaires éosinophiles, 2 ; Moyens mononucléaires, 54 ; Gros mononucléaires, 4 ; Lymphocytes, 18.

Le lendemain les hémorragies redeviennent très abondantes. Le corps est couvert de placards purpuriques. La malade se plaint d'une céphalée atroce. Il y a un peu de raideur de la nuque et du tronc, des réflexes vifs, un Babinski bilatéral. On porte le diagnostic d'hémorragie méningée.

Malgré une nouvelle transfusion de 400 centimètres cubes, la malade entre dans le coma et succombe 5 jours après le début des accidents.

OBSERVATION N° 18

F., 50 ans.

Polyarthrite symétrique portant presque uniquement sur les articulations des mains où on note des gonflements synoviaux et des déformations phalangiennes.

Aux genoux également gonflés et douloureux, le caractère des douleurs et du gonflement, qui est dur, oriente vers le diagnostic d'arthrose. Le début remonte à un an.

Traitement :

Avant de mettre la malade aux sels d'or, trois scarifications au vaccin de Ponndorf sont faites sans résultat.

1° Crisalbine I f. dose totale inconnue. Bon résultat articulaire.

2° Crisalbine I f. I gr. 50 en 97 jours. Injections irrégulières, dose maxima, 0 gr. 10.

Démangeaisons, puis aurides maculeuses qui s'eczématisent. Elles disparaîtront assez rapidement avec quelques injections d'hyposulfite de

soude à 20 %. Mais un prurit vulvaire, apparu quinze jours après la fin du traitement, persistera 4 mois.

Bon résultat articulaire ayant persisté plus de 6 mois.

Laboratoire :

Après la première série de Crisalbine : SR 27-42-85. Résorcine 16.

OBSERVATION N° 19

H., 61 ans.

Polyarthrite symétrique ayant débuté il y a 3 ans. Le début se fit à la main gauche par du gonflement et des douleurs des phalanges. La température est élevée, le poignet se prend à son tour.

Ces phénomènes s'apaisent assez rapidement, mais surviennent à la main droite des signes identiques, suivant la même marche, peut-être plus douloureux. Cette nouvelle poussée ne s'éteint pas, et les arthrites s'étendent progressivement aux coudes, aux épaules, aux chevilles et aux genoux. Ceux-ci deviennent très gros, très douloureux, la flexion se limite et la malade est obligée de s'aliter.

Pendant toute cette période, divers traitements ont été tentés : salicylate de soude, Benzoate de Lithine, Thorium, sans résultat.

L'évolution des arthrosynovites a été rapide puisque trois ans après le début, quand nous voyons le patient, les doigts sont très déformés, mais sans empâtement synovial. Les coudes, les épaules sont très limités.

Les hanches sont limitées. Aux genoux seuls, persiste un gonflement synovial, la flexion est limitée à 45 %. La marche difficile et douloureuse.

Très mauvaise dentition, pyorrhée, caries multiples. Ethylisme certain.

Cet homme a deux enfants d'un premier lit, l'un, 29 ans, est tuberculeux pulmonaire.

La première femme est morte de tuberculose pulmonaire. La deuxième est bien portante.

Traitement :

Solganal B aqueux II F : 3 gr. 65 en 60 jours. Injections irrégulières, dose maxima : 0 gr. 50.

En même temps qu'un résultat articulaire nul, on observe des réactions focales de plus en plus violentes avec l'augmentation des doses et une stomatite en fin de série.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 10-22-65. Résorcine 59. Bilan calcique : 0.0951 par litre.

OBSERVATION N° 20

H., 71 ans.

Polyarthrite symétrique très importante. Très gros éléments synoviaux non seulement aux phalangiennes et aux métacarpo-phalangiennes des

maines, mais encore, aux poignets et aux genoux. Le début remonte à 10 ans.

Traitement :

Solganal B aqueux II F : 3 gr. 95 en 52 jours. Injections hebdomadaires, puis bi-hebdomadaires. Dose maxima, 0 gr. 50. Guérison clinique.

Divers accidents furent consécutifs à ce traitement : un erythème qui s'eczématisa. Erythème généralisé, dont on retrouve, deux mois après l'interruption du traitement, des traces sous forme d'un eczéma suintant des plis de flexion. Une stomatite débuta 6 jours après l'arrêt du traitement et dura plus de 2 mois.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 20-36-85.

Après traitement : SR : 31-49-95.

Un mois après le traitement on trouve de fortes traces d'albumine dans les urines et des cylindres granuleux. Deux mois plus tard tous ces éléments ont disparu.

OBSERVATION N° 21

F., 54 ans.

Polyarthrite symétrique au début, premières arthralgies il y a 2 mois. Localisation aux phalangiennes des doigts des mains, aux poignets, aux épaules, aux genoux. Les gonflements sont nets, mais peu importants, ils ont un caractère fluxionnaire où on ne retrouve pas au palper les éléments synoviaux des stades plus évolués.

Antécédents :

La ménopause date de 2 ans. A 28 ans, la patiente aurait eu une métrite assez longue à guérir, après un accouchement. Il y a huit ans, ablation d'un gros goître. Il y a un an, entérite avec diarrhée fréquente. Le poulx, habituellement rapide, serait revenu à une fréquence normale à la suite d'injections d'iodinjectol pratiquées récemment et qui n'ont pas agi sur la polyarthrite.

Traitement :

Solganal B aqueux I F : 1 gr. 40 en 48 jours. Injections hebdomadaires.

Dose maxima : 0 gr. 25.

Réactions focales, fatigue et, à chaque injection, réactivation d'auri-des maculo-papuleuses, apparues dès le début du traitement. Une légère stomatite apparue à 1 gr. 40 fait interrompre les injections. Gros amaigrissement consécutif. Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 30-53-110.

OBSERVATION N° 22

F., 69 ans.

Polyarthrite symétrique apparue il y a 2 ans. Atteinte d'un grand nombre d'articulations : épaules, coudes, métacarpo-phalangiennes et

phalangiennes proximales des doigts des mains. Aux membres inférieurs : atteinte des genoux et des tibio-tarsiennes. Une sternoclaviculaire est gonflée et douloureuse.

Le père de la malade est mort tuberculeux.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I F : 2 gr. 55 en 70 jours. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 50. Cette série fut interrompue par une congestion pulmonaire très sévère avec atteinte de l'état général, elle débuta comme une bronchite sans importance.

Très bon résultat articulaire n'ayant persisté que deux mois. A ce moment, on refait dès les premiers gonflements apparus :

2° Oléo-Solganal B I F : 2 gr. 75 en 3 mois. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 25. Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 67-100-125.

Après la première série de Solganal : SR : 13-29-80, les douleurs étaient déjà revenues.

Immédiatement après la deuxième série de Solganal, il y a quelques gonflements synoviaux. S.R. : 47, 73, 116.

Avant la deuxième série de Solganal : Constante d'Ambard, 0.083. Urée sanguine, 0.44.

Après la deuxième série de Solganal : Constante d'Ambard, 0.180. Urée sanguine, 0.55.

OBSERVATION N° 23

F., 51 ans.

Polyarthrite symétrique ayant débuté, il y a 18 mois, 3 mois avant la ménopause. Le début se fit par du gonflement douloureux des chevilles. L'extension se fit à d'autres articulations : genoux, coudes, poignets, mains. Il n'est pas possible de préciser dans quel ordre les articulations furent successivement atteintes. Aux mains, il y a déjà ébauche de déformations au niveau des phalangiennes.

Antécédents :

On note uniquement un frère décédé de tuberculose pulmonaire. Six autres collatéraux et les parents sont bien portants.

Traitement :

Solganal B aqueux I F : 3 gr. 95 en 50 jours. Bronchite dès le début, elle dure deux mois, mais ne s'aggrave pas au cours de la série. On arrête à 3 gr. 95 en constatant un énanthème buccal et un érythème qui seront fugaces. Assez bon résultat articulaire.

2° Le traitement est bientôt repris. Oléo-Solganal I f : 1 gr. 90 en 4 mois $\frac{1}{2}$. Bon résultat articulaire.

Suppression complète des signes objectifs pendant 3 mois. A cette époque, les douleurs réapparaissent.

On recule la reprise de l'aurothérapie et la malade absorbe pendant 25 jours, une solution aqueuse de Radon d'environ 10.000 millimicroru-

ries par jour, sans résultat. Les signes articulaires augmentant, on reprend les injections auriques.

3° Oléo-Solganal B II f A : 0 gr. 52 en 1 mois et demi. Malgré la progression lente des doses, la patiente fait une bronchite sérieuse, avec fièvre élevée. On était mis, ainsi, en demeure : soit de cesser l'aurothérapie qui améliorait les arthrites soit de continuer le traitement en surveillant de très près la malade. Cette deuxième solution fut adoptée, la malade entra en salle, elle reçut plus de 3 grammes d'Oléo-Solganal sans incident nouveau et retira un très bon bénéfice articulaire du traitement.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 16-38-78.

Après la première série de Solganal : SR 11-26-58.

Avant traitement : Résorcine : 61.

Avant traitement : Constante d'Ambard, 0.100. Urée sanguine, 0.39.

Après la deuxième série de Solganal : Constante d'Ambard, 0.100. Urée sanguine, 0.15.

OBSERVATION N° 24

F., 44 ans.

Polyarthrite symétrique. Les gonflements sont presque purement synoviaux. Ils siègent aux genoux, aux chevilles. L'atteinte des métacarpo-phalangiennes et des phalangiennes des mains est presque totale. Aux pieds les articulations homologues sont également touchées.

Traitement :

Allochrysine I f : 1 gr. 20. Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine : 40.

Après traitement : S.R. : 7, 17, 67.

OBSERVATION N° 25

F., 72 ans.

Polyarthrite symétrique très étendue. De nombreuses articulations sont touchées, particulièrement les genoux et les mains. Les petites articulations des mains sont le siège de gros gonflements synoviaux très mous, la peau des doigts est terne, sillonnée de grosses veines qui saillent au niveau des gonflements. Les genoux sont très gros, le gonflement synovial remonte très haut, il n'offre pas plus de résistance à la pression qu'au niveau des mains. Il y a un léger degré d'hydarthrose. La malade est pâle, amaigrie.

Traitement :

Oléo-Solganal B I F : 2 gr. 50 en 45 jours. Dose maxima : 0 gr. 25.

A2 gr. 50, crise vésiculaire, température à 41°, pendant 15 jours, la malade est alitée et présente des signes généraux graves : vomisse-

ments, délire, oligurie, etc..., pendant une quinzaine de jours. Dès le début des phénomènes vésiculaires, les arthrites disparaissent brusquement. La malade revient un mois après. Elle est cliniquement guérie de sa polyarthrite, mais très maigre, essouffée, elle peut à peine marcher. La tension artérielle est basse avec une différentielle très réduite. L'examen cardiaque montre peu de chose, des bruits un peu sourds et un peu d'arythmie. La malade recommence à souffrir de ses articulations, les gonflements réapparaissent dans les jours qui suivent. L'amélioration a duré un mois.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 52-80-119.

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.130. Urée sanguine : 0.36.
Albumine 0.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.190. Urée sanguine : 0.47.
Albumine : traces.

2 mois après : Constante d'Ambard : 0.230. Urée sanguine : 0.30.
Albumine : traces.

OBSERVATION N° 26

F., 54 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 4 ans, ayant débuté aux environs de la ménopause. Les grosses articulations sont presque complètement épargnées, aux épaules et aux poignets on trouve seulement un peu de raideur. Par contre, les doigts sont très touchés. Il y a ébauche de coup de vent métacarpo-phalangien, tous les doigts des deux mains sauf les 5^{es} sont en ligne brisée. La réduction facile de ces déformations montre qu'il n'y a pas d'ankyloses. La malade ne peut réduire ces déformations par des mouvements actifs. Le début, l'évolution tout entière fut jusqu'alors assez rapide. Il n'y eût pas de fièvre. Les gonflements sont nets, synoviaux, mais modérés.

Antécédents :

Aucune grossesse, mais la malade est célibataire, les règles ont été normales.

La malade aurait eu de la laryngite, une pleurésie sèche, et pendant quelques années des bronchites à répétition. Les dents sont cariées sans pyorrhée. Angines fréquentes autrefois.

Traitement :

Oléo-Solganal I f : 0 gr. 70 en 49 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 05.

A la troisième injection, c'est-à-dire environ 9 jours après le début du traitement, la patiente fait un érythème maculeux généralisé. On adjoint à l'aurothérapie des pilules de nucléinate de soude de 0 gr. 10. Le traitement est poursuivi, l'érythème ne s'accroît pas, mais se fixe aux plis de flexion des poignets en prenant un caractère érosif. Il s'agissait de légers sillons, sans suintement appréciable. Le tout guérit en un mois environ à la suite d'injection d'hyposulfite de soude.

Le résultat articulaire fut bon. Les gonflements disparurent, les métacarpo-phalangiennes reprirent une statique normale, mais les déformations des phalangiennes persistèrent. Ce résultat se maintint plus de 5 mois, au bout desquels une légère rechute, consistant surtout en raideur et la réapparition de quelques gonflements fit reprendre l'aurothérapie.

2° Oléo-Solganal I F : 1 gr. 05 en 2 mois. Dose maxima : 0 gr. 05. Bon résultat articulaire de nouveau.

Laboratoire :

Avant traitement S.R. : 35-64-79.

Au milieu de la première série S. R. : 25, 55, 117.

OBSERVATION N° 27

F., 40 ans.

Polyarthrite symétrique, datant de 6 mois. Les mains furent les premières atteintes. Il y a peu de déformations, phalangiennes et métacarpo-phalangiennes sont le siège de gonflements synoviaux. Quelques grosses articulations sont le siège de gonflements assez importants.

La peau est moite, les doigts présentent parfois des phénomènes de syncope vasculaire.

Traitement :

Oléo-Solganal I F : 3 gr. en 86 jours. Injections bi-hebdomadaires.

Résultat articulaire très bon. La malade a deux conjonctivites, l'une à 1 gr. 10 qui ne dure que 3 jours, l'autre à 1 gr. 35, persistera pendant un mois.

Les arthrites récidivent un mois après la fin du traitement. Les gonflements articulaires sont précédés par une sensation de maladresse aux mouvements. Les douleurs ne réapparaissent qu'un mois plus tard.

OBSERVATION N° 28

F., 41 ans.

Polyarthrite un peu dissymétrique mais produisant aux mains les déformations décrites par Charcot. A une main, les métacarpo-phalangiennes, à l'autre ce sont surtout les phalangiennes, aux deux mains, néanmoins, des gonflements discrets existent à presque toutes les articulations.

Le mari de la malade est mort tuberculeux.

Traitement :

Oléo-Solganal II f : 0 gr. 57 en 31 jours. Injections bi-hebdomadaires. Bon résultat articulaire.

On essaie, deux mois après, de compléter le résultat obtenu.

2. Oléo-Solganal I f : 0 gr. 30 en 11 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 10.

Le résultat articulaire est effectivement très bon. Mais la malade fait une auride palatine, au niveau de la plaqué palatine d'un dentier. En

même temps apparaît un eczéma des mains qui persistera malgré l'interruption du traitement.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 39-66-114. Résorcine : 7.

Après la deuxième série de Solganal; alors que les douleurs ont disparu, mais que persiste l'eczéma : SR : 22-49-96.

Avant le traitement : Urée sanguine : 0.20. Albumine : 0.

Après la deuxième série de Solganal : Urée sanguine : 0.38. Albumine : traces.

Enfin, avant tout traitement, la gonoréaction était négative.

OBSERVATION N° 29

F., 58 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 3 ans. Les métacarpo-phalangiennes et les phalangiennes des mains sont atteintes. On note les déformations classiques et un important gonflement synovial. Aux pieds, toutes les articulations homologues sont prises. Les poignets sont également atteints.

Traitement :

Oléo-Soganal I f : 1 gr. 64 en 53 jours. Injections bi-hebdomadaires. Résultat nul.

2° Oléo-Solganal I f : 2 gr. 95. Assez bon résultat.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 47-67-105. Résorcine : 99.

OBSERVATION N° 30

F., 66 ans.

Polyarthrite symétrique très étendue ayant débuté un an après la ménopause. Les premières arthrites siégèrent aux petites articulations des doigts, les articulations des membres inférieurs furent atteintes en même temps que les grosses articulations des bras. La tendance atrophique de la polyarthrite est très accusée. Les éminences thénar et les interosseux inexistantes. Aux doigts, on note de grosses déformations des ankyloses osseuses.

Après différents traitements iodés et thermaux, la malade vient consulter et est mise aux sels d'or.

Traitement :

Oléo-Solganal I F : 0 gr. 65. Survient une diarrhée, des aurides maculeuses et le traitement est arrêté. Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 60-90-125. Résorcine : 80. Constante d'Am-bard : 0.180. Urée sanguine : 0.32.

OBSERVATION N° 31

F.

Polyarthrite symétrique. Le début remonte à 4 ans, la première articulation prise fut une articulation phalangienne. Actuellement, si quelques grosses articulations sont douloureuses, les articulations digitales des mains sont surtout atteintes et commencent à se déformer.

Antécédents :

A l'âge de 12 ans, la malade avait déjà des douleurs. Elle ne peut donner aucune précision à ce sujet. Elle fut toujours assez pauvrement réglée. Elle fut opérée d'une appendicite chronique en 1915. Récemment une otite avec écoulement coïncide avec une remarquable amélioration de la polyarthrite.

Traitement :

La patiente reçut tout d'abord des injections de soufre colloïdal, sans résultat. Une série de scarifications au vaccin de Ponndorf enraya une poussée douloureuse. On cesse les applications, la treizième étant complètement inactive.

La malade est mise aux sels d'or.

1° Allochrysine I f : 0 gr. 30.

Résultat nul.

2° Solganal B aqueux I f : 0 gr. 90. Injections hebdomadaires.

Forte amélioration après la 7^e injection.

On cesse l'aurothérapie et pour entretenir l'amélioration on fait une application de V. Ponndorff qui ne donne aucun résultat, puis 12 injections de 3 cc environ de sérum sanguin du malade. Après quelques réactions focales importantes, qui font craindre une récurrence, l'amélioration constatée après la série de Solganal s'accroît et la malade est finalement dans un état articulaire très satisfaisant.

Quatre mois après, environ, une légère récurrence fait faire :

3° Solganal B aqueux I F : 3 gr. 05 en 2 mois $\frac{1}{2}$.

Pas de résultat jusqu'à 1.30 puis amélioration très sensible.

On fait à la suite 30 injections de folliculine.

2 mois après on tente une nouvelle série d'Oléo-Solganal :

Une seule injection à 0.20 est suivie d'une conjonctivite. On ne reprend le traitement que 20 jours après.

4° Oléo-Solganal I F : 1 gr. 90 en 34 jours environ.

10 jours après le début de cette série, la malade présente un zona qui n'empêche pas le traitement.

2 mois après, nouvelle série :

5° Oléo-Solganal I F : 2 gr.

4 mois après :

6° Oléo-Solganal I F : 1 gr. 80.

La malade présente une nouvelle conjonctivite à la fin de la série.

L'amélioration a été progressive et s'est précisée de série en série.

Bon résultat final.

Laboratoire :

Au cours de la deuxième série de Solganal..... S. R. 24-52-110
 A la fin de la deuxième série de Solganal..... — 34-59-111
 Au début de la quatrième série de Solganal..... — 13-24- 40
 Au moment de l'injection isolée de Solganal qui donne la première

	Constante d'Ambard	Urée sanguine
Conjonctivite	0.113	0.33
Au début de la quatrième série de Solganal	0.160	0,47
A la fin de la quatrième sé- rie de Solganal	0.111	0.35
Au début de la cinquième série de Solganal	0.111	0.34

OBSERVATION N° 32**H., 60 ans.**

Polyarthrite symétrique, aux mains qui sont surtout atteintes, les déformations réalisent le type décrit par Charcot.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I F : 2 gr. 50 en 1 mois et demi.

Assez bon résultat.

2° Solganal B aqueux II F : 5 gr. en 3 mois.

Très bon résultat.

3° Solganal B aqueux II F : 4 gr. en 2 mois et demi.

Très bon résultat.

Très amélioré par chaque série, le malade est cliniquement guéri avec trois séries de Solganal.

OBSERVATION N° 33**F., 65 ans.**

Polyarthrite symétrique. Atteinte habituelle des articulations des doigts des mains. Les arthropathies sont très douloureuses, l'impotence prononcée. La malade est maigre avec un état général assez précaire.

Antécédents : Il y a 27 ans, pneumonie grippale. Il y a 8 ans, la malade aurait eu une « parathyphoïde », il n'y eût pas de contrôle de laboratoire. Bronchites légères assez fréquentes.

Traitement :

Solganal B aqueux. I F : 2 gr. 40.

Réactions focales violentes au début, le lendemain de la dernière injection débute une pneumonie typique qui se termine par la guérison. En même temps survient la fonte complète des gonflements articulaires.

La guérison clinique des arthrites a persisté.

Laboratoire : Rien d'autre qu'une sédimentation globulaire accélérée.

OBSERVATION N° 34

F., 68 ans.

Polyarthrite symétrique. Atteinte de nombreuses articulations, notamment des articulations phalangiennes des mains. Le début remonte à 8 ans, 2 jours après la mort d'une fille enlevée par une grippe en 48 heures.

La ménopause est antérieure de 4 ans à la polyarthrite.

Traitement :

Un essai de traitement d'Oléo-Solganal de type II f. est suivi de petites réactions cardiaques : tachyarythmie, essoufflement. Une seule dose de 0 gr. 03 avait été injectée.

OBSERVATION N° 35

F., 60 ans.

Polyarthrite symétrique. Les localisations articulaires sont celles de la maladie de Charcot. L'examen des arthrites ne donne pas l'impression d'un processus très évolutif, les gonflements articulaires sont synoviaux, mais probablement en régression. Il y a de l'hyperhydrose.

Le début remonte à 12 ans, après une grippe. Il se fit par une poussée de rhumatisme aigu. Peu après le diagnostic de rhumatisme de Chauffard Still fut porté. Il n'y a actuellement aucun élément capable de le justifier.

A la radioscopie, le sommet droit s'éclaire mal à la toux, il y a un peu de sclérose pulmonaire. La patiente est habituellement constipée et prend des laxatifs qui donnent de la diarrhée. On note également de la pyorrhée apparue depuis 2 ans seulement.

Traitement :

1° Premier essai de traitement par le Solganal B aqueux.

A la deuxième injection, la malade fait une crise vésiculaire, avec température élevée.

2° Un nouvel essai de traitement ne donne lieu à aucun accident :

Solganal B aqueux II F : 5 gr. 75 en 2 mois et demi.

L'amélioration débute 8 à 10 jours après le traitement, mais il y a une grosse fatigue consécutive et dans l'année qui suit un amaigrissement progressif de près de 10 kilos.

Très bon résultat final.

Deux autres séries de Solganal à faibles doses purent être menées a bien ultérieurement.

Laboratoire :

Avant traitement S.R. 19-45-125

Métabolisme de base + 18 %

Constante d'Ambard Urée sanguine

Avant traitement 0.098 0.29

Après traitement 0.128 0.45

Pas d'albumine.

OBSERVATION N° 36

F., 42 ans.

Polysynovites des gaines des extenseurs des mains et des pieds. Les coudes sont limités par des formations kystoïdes. Aux mains, il existe des désaxations importantes, au niveau des phalangiennes et des métacarpo-phalangiennes. Le début remonte à 4 ans. Vers l'âge de 25 ans, la malade avait eu une hydarthrose traumatique.

Antécédents :

Bronchites fréquentes.
Deux fils bien portants.

Traitement :

Série d'injections de total probablement important, mais resté inconnu. La malade aurait reçu successivement de l'Allochrysine, de la Crisalbine, du Solganal B aqueux. Le résultat final fut bon.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 16-51-32. Résorcine : 50.

OBSERVATION N° 37

F., 65 ans.

Polyarthrite symétrique ayant débuté, il y a 27 ans, par un poignet, progressivement les articulations des membres supérieurs ont été atteintes. Actuellement il n'existe que des arthrites des mains : les poignets, les métacarpo-phalangiennes, les phalangiennes sont le siège de gonflements.

Antécédents :

On trouve seulement une grosse bronchite, il y a 11 ans, à la ménopause.

Traitement :

Allochrysine I f : 1 gr. Dose maxima : 0 gr. 10.
Entre 0 gr. 30 et 0 gr. 70, réactions focales transitoires.
Bon résultat articulaire.

A la suite de cette série on injecte deux fois 0 gr. 10 d'Oléo-Solganal, puis 0 gr. 40 d'or métal en deux injections de Lipaurol.

Le résultat final est très bon, mais la malade présente en fin de série quelques troubles du rythme cardiaque et un peu de dyspnée d'efforts.

Laboratoire : Trois mois après la fin du traitement :

S. R. : 11-29-109

Constante d'Ambard : 0.112. Urée Sanguine : 0.39

OBSERVATION N° 38

F., 65 ans.

Polyarthrite symétrique, très extensive. Aux mains déformations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes. Malgré la date éloignée du

début qui remonte à 24 ans, il y a d'appréciables empâtements synoviaux.

Antécédents. — Paludisme ancien. On trouve un léger degré d'insuffisance hépatique. La possibilité d'un néoplasme digestif fait faire une recherche négative, de sang dans les selles.

Traitement :

Oléo-Solganal B I f.

Résultat incertain. Au milieu de la série, il y eût une certaine amélioration, qui ne s'accroît pas. Quelques mois après la fin du traitement, la malade meurt à la suite d'une grippe. Il ne semble y avoir aucun rapport entre l'issue fatale qui suivit la grippe et le traitement, très antérieur.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R.	Constante d'Ambard	Urée sanguine	Uricémie
46-83-112	0.096	0.21	0.025

OBSERVATION N° 39

F., 45 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 29 ans. Début à l'âge de 12 ans, après une affection intestinale mal définie, ayant laissé un foie médiocre et un intestin dérégulé. Forme très disloquante et atrophique. Il y a un véritable télescopage des phalanges. Les doigts ne peuvent servir à aucun acte de la vie courante.

Il existe quelques éléments de psoriasis. Les règles ont toujours été très pauvres.

Traitement :

Divers traitements ont été essayés. Tout d'abord un auto-vaccin intestinal qui améliora l'intestin sans bénéfice articulaire. Puis divers extraits glandulaires, des composés iodés qui furent inactifs.

Le soleil qui à petites doses améliore les douleurs articulaires, les aggrave au contraire à doses massives.

On fait quelques injections de Crisalbine dt d'Allochrysine de type I f : 0 gr. 60 au total.

Mais, apparaissent quelques éléments de psoriasis nouveau-nés sur des aurides maculeuses, on cesse le traitement.

Résultat passable.

OBSERVATION N° 40

F., 56 ans.

Polyarthrite symétrique. Localisations classiques aux mains, atteinte des grosses articulations. Le début remonte à 25 ans et se fit par un genou, après une fièvre typhoïde. Une aggravation de l'état articulaire survint après une fausse-couche de 3 mois suivie de curetage.

L'intestin est paresseux, avec quelques crises diarrhéiques de temps à

autre. Une broncho-pneumonie grave, cet hiver, fut suivie d'une augmentation des douleurs. Il n'y a pas de signe d'Héredo syphilis. A la radio, on trouve un sommet pulmonaire voilé.

La mère de la patiente est morte d'une fluxion de poitrine à 32 ans.

Avant de venir consulter la malade a suivi un traitement anti-syphilitique et un traitement iodé qui échouèrent.

Traitement :

Oléo-Solganal B II f : 1 gr. 78.

Jusqu'à 1 gr. 58, les arthrites tendaient à s'améliorer. A la dernière infection survinrent des réactions focales, des soucis moraux amènent la malade à interrompre le traitement.

Résultat nul.

Laboratoire. — Avant traitement :

S. R.	Resorcine
12-23-110	42

OBSERVATION N° 41

F., 45 ans.

Polyarthrite symétrique peut-être puerpérale.

La première manifestation douloureuse fut une talalgie à l'âge de 21 ans. A la suite d'une grossesse, survint une 2^e crise de talalgie, et presque aussitôt, des douleurs et des gonflements des poignets. La généralisation date de 4 ans. Actuellement, les genoux, les chevilles, les épaules, les poignets, la colonne vertébrale sont le siège de douleurs. A toutes les articulations on trouve (sauf à la colonne vertébrale) des gonflements synoviaux. Les doigts eux-mêmes sont touchés : il existe des arthrites phalango-phalangiennes. L'axe des phalanges est rectiligne.

Antécédents :

Bronchites fréquentes. Un enfant serait mort de méningite à l'âge de 5 ans.

Traitement :

Des scarifications de vaccin de Ponndorf donnent une amélioration des arthrites des membres inférieurs. Peu de temps après, la malade à une grosse bronchite.

1° Allochrysine I f : 0 gr. 65. Dose maxima : 0 gr. 10.

Une bronchite interrompt la série. Assez bon résultat articulaire.

4 mois après :

2° Allochrysine I f : 0 gr. 65. Dose maxima : 0 gr. 10.

On interrompt, car apparaissent une stomatite et une éruption eczématiforme.

Résultat assez bon, qui se maintient pendant un mois et demi.

A ce moment, on tente : 12 injections de sérum du malade, puis un traitement par le venin d'abeille (apicosan). Ces traitements échouent complètement.

La malade est remise aux sels d'or.

3° Solganal B aqueux 11 F : 4 gr. 45 en moins de 2 mois. Dose maxima : 0 gr. 50.

Le résultat articulaire est bon. Mais après quelques réactions focales au début de la série, le malade fait un erythème puis une érythrodermie secondaire.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 12-28-75

Après la première série d'Allochrysine . — 7-18-61

Après le Solganal — 6-15-74

Après le Solganal : Constante d'Ambard : 0.110. Urée sanguine : 0.36.

Albumine : traces.

OBSERVATION N° 42

H., 51 ans.

Polyarthrite symétrique. Gros gonflements métacarpo-phalangiens sans déformations. Atteinte d'un genou, un peu de raideur des épaules.

Le début remonte à six mois, les crises douloureuses ont été très rapprochées. C'est une forme qui évoluera peut-être vers la maladie de Charcot. Le malade présente une pyorrhée très étendue.

Traitement :

1° Allochrysine 1 f : 0 gr. 55 en 2 mois environ.

Résultat nul.

2 mois plus tard :

2° Crisalbine 1 F : 1 gr. 70 en 4 mois. Dose maxima : 0 gr. 25. Ulcération cornéenne à 1 gr. 50.

Très bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R.

Résorcine_u

96-123-132

90

En cours de deuxième série S. R. 34-54-103

(Souffre assez peu).

Après la deuxième série :

Constante d'Ambard

Urée sanguine

0.080

0.37

OBSERVATION N° 43

F., 35 ans.

Polyarthrite symétrique. Un grand nombre d'articulations sont atteintes : épaules, coudes, poignets, genoux, chevilles. Aux mains, on note quelques métacarpo-phalangiennes et quelques phalangiennes qui sont le siège d'un gonflement fusiforme. Aucune désaxation. La température oscille entre 38° et 38°5. Le début remonte à 3 ans.

Traitement :

1° Crisalbine 1 f : 2 gr. 20 en 3 mois environ. Dose maxima : 0 gr. 10.

Bon résultat articulaire. Au début de la série, les injections provoquent quelques réactions focales.

Au bout de 2 mois alors que la patiente ne souffre plus on fait quelques injections d'auto-sérum qui réveillent les douleurs, l'aurothérapie est reprise.

2° Crisalbine I F : 1 gr. 65 en 2 mois. Dose maxima : 0 gr. 25.

Cette série déclenche des réactions focales intenses qui durent près de 4 mois.

A ce moment on fait :

3° Oléo-Solganal I f : 2 gr. 16 en 2 mois et 7 jours.

Très bon résultat avec comme incident de cure, une bronchite légère à 0 gr. 66.

Trois mois après, alors que la malade ne souffre, on refait, par discipline, une série d'entretien.

4° Lipaurol : 1 gr. 12 d'or métal en un mois et demie

Le résultat est plutôt mauvais, on déclenche de violentes réactions focales.

Un mois après on fait :

5° Oléo-Solganal I F : 2 gr. en un mois et demi.

Réactions focales, aucun bénéfice articulaire.

Un mois après la fin de cette série :

6° Oléo-Solganal I f : 0 gr. 60. Injection hebdomadaire, puis bi-hebdomadaire.

Bon résultat articulaire.

La patiente prenait en même temps du nucléinate de soude en pilules de 0 gr. 10, deux par jour.

Laboratoire :

Au début de la première série S. R. 51-78-120

2 mois après la première série de
de Crisalbine S. R. 33-66- 92
(ne souffre plus)

Après la série de Lipaurol S. R. 49-72-118

Immédiatement avant la deuxième série de Crisalbine :

Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.080	0.30

OBSERVATION N° 44

H., 59 ans.

Polyarthrite symétrique. Aux coudes : légère ankylose, peu d'éléments synoviaux. Polysynovites des premières phalanges, gonflement synovial des genoux. Le début remonte à 24 ans.

Antécédents :

On ne trouve que des collatéraux suspects de tuberculose pulmonaire.

Traitement :

Allochrysine I f : 0 gr. 25.

Résultat inconnu.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 54-79-119

OBSERVATION N° 45

F., 69 ans.

Polyarthrite symétrique datant de un an et demi. Les épaules sont limitées, les poignets gonflés, des gonflements existent également à toutes les articulations phalangiennes.

Antécédents :

La malade était bien réglée jusqu'à la ménopause. Son mari est décédé de laryngite tuberculeuse.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I F : 1 gr. 65. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 25.

Démangeaisons à 1 gr. 65.

Assez bon résultat ayant persisté 3 mois. A ce moment, on fait :

2° Solganal B aqueux I F : 3 gr. 95. Injections hebdomadaires puis bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 25.

Stomatite punctiforme à 3 gr. 95 ayant persisté un mois.

Bon résultat articulaire.

3° Oléo-Solganal B II f : 1 gr. 23. Injections bi-hebdomadaires en principe. Dose Maxima : 0 gr. 10.

Bronchite dès la dose de 0 gr. 13. La malade toussera jusqu'à la série suivante.

Guérison clinique des arthrites.

La malade souffre à nouveau au bout d'un mois. Cette rechute semble avoir été déclenchée par un travail manuel inhabituel.

4° Oléo-Solganal B I f : 1 gr. 25. Injections bi-hebdomadaires.

La toux augmente, la malade expectore et l'examen de crachats ne montre pas de B. K.

Très bon résultat articulaire, en fin de série ; de nouveau guérison clinique.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 12-31-88

Avant la deuxième série de Solganal : S. R. 23-41-78

Au milieu de la deuxième série de Solganal S. R. 23-45-90

2 mois après la fin de la deuxième série S. R. 7-19-62

Au début de la première série de Solganal :

Constante d'Ambard Urée sanguine

0.120 0.43

Au milieu de la deuxième série de Solganal :

Constante d'Ambard Urée sanguine

0.080 0.31

OBSERVATION N° 46

F., 66 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 5 mois. Atteinte des poignets, des coudés, des genoux, et des phalangiennes des deux mains. Le gonflement est plus important aux phalangiennes de la main droite. Il n'y a pas de désaxation. Grosse pyorrhée alvéolo-dentaire.

Antécédents :

Un enfant décédé de méningite. Cataracte senile opérée il y a 9 ans, l'opération coïncida avec une poussée de furonculose.

Traitement :

Solganal B aqueux I F : 1 gr. 10 en 39 jours. Injections irrégulières. Dose maxima : 0 gr. 25.

Démangeaisons à 0 gr. 25, aurides erythémateuses à 0 gr. 40, puis apparaissent des furoncles, un anthrax.

Résultat assez bon. Un an après, l'amélioration persiste, l'infection staphylococcique également.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R.
20-42-113

Calcémie
0.116

OBSERVATION N° 47

F.

Polyarthrite symétrique datant de 6 ans. Importants gonflements articulaires. Les grosses articulations touchées sont les genoux, les poignets, les coudés. Aux mains les petites articulations sont déformées sans que le type des déformations soit précisé sur l'observation.

Traitement :

Crisalbine I f : 0 gr. 60 en 24 jours. Injections hebdomadaires puis bi-hebdomadaires.

Résultat passable.

OBSERVATION N° 48

F., 38 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 6 ans. Atteinte des genoux et des articulations des doigts des mains.

Antécédents :

Ostéomyélite ancienne, leucorrhée abondante, règles irrégulières.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I f : 0 gr. 65 en 24 jours.

Eruption eczématiforme sur la face dorsale des mains.

Résultat nul.

2° Un mois on reprend un traitement plus intense :
Solganal B aqueux II F : 3 gr. 25 en 35 jours. Injections bi-hebdomadaires.

Réactions osseuses et générales fortes.
Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 33-55-102
Avant la deuxième série de Solganal S. R. 30-51-99

OBSERVATIONS N° 49

H., 48 ans.

Polyarthrite symétrique, dont le début remonte à 8 ans ; apparition à la suite d'un état infectieux mal déterminé, peut-être une affection typhoïde. (Il n'y eût pas d'examen de laboratoire). Atteinte de quelques grosses articulations, mais surtout, arthrites des mains évoluant par poussées successives avec gonflement et synovites des gaines des extenseurs.

Antécédents :

Troubles intestinaux depuis longtemps, diabète, grosse pyorrhée.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I F : 1 gr. 25 en 21 jours. Injections bi-hebdomadaires.

Grippe à 0 gr. 50. Quand la grippe débute, les douleurs disparaissent, les intestins fonctionnent normalement, la pyorrhée décroît. Il apparaît peu après une névralgie cervico-brachiale.

Bon résultat articulaire.

Quelques jours après, la grippe ayant disparu, on veut poursuivre le traitement sur le même type.

2° Solganal B aqueux I F : 0 gr. 1 - + 0 gr. 25.

On arrête le traitement, car survient une nouvelle grippe auriculaire et une névralgie cervico-brachiale.

Malgré cet arrêt prématuré de la cure auriculaire, l'amélioration se maintient pendant un an.

Laboratoire :

Avant traitement	S. R. 23-44-94
Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.117	0.48
Avant le deuxième essai de Solganal :	
Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.100	0.43
Albumine :	traces.

OBSERVATION N° 50

H., 39 ans.

Polyarthrite symétrique datant de 8 ans. Grosse limitation des épaules, des coudes, des poignets où on palpe de gros éléments synoviaux. Quelques infiltrations de même type aux phalanges.

Antécédents :

Cirrhose éthylique. Bronchite chronique (gazé de guerre). Blennorragie, il y a 11 ans.

Traitement :

Oléo-Solganal I F : 3 gr. 75 en 2 mois $\frac{1}{2}$.

Très bon résultat articulaire se maintenant 6 mois plus tard, amélioration considérable des raideurs et des douleurs.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 27-53-88

OBSERVATION N° 51

F., 62 ans.

Polyarthrite symétrique survenue 2 mois après une congestion pulmonaire. Atteinte des genoux, des poignets et des articulations phalangiennes. Etat subfébrile. La malade aurait maigri depuis le début de la polyarthrite. Elle aurait eu de l'hypertension autrefois.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I f : 2 gr.

Violentes réactions focales puis amélioration consécutives.

2° Oléo-Solganal II f : 1 gr. 25 en 3 mois.

Très violentes réactions focales avec de très petites doses.

Au total : échec.

OBSERVATION N° 52

F., 41 ans.

Polyarthrite symétrique. Début il y a 3 ans, par un brusque gonflement des mains et des poignets. Les articulations des membres supérieurs sont particulièrement atteintes. Les doigts ont prit un type atrophique avec quelques désaxations. Les gonflements synoviaux ne sont pas volumineux. Aux membres inférieurs seuls les genoux sont touchés.

Les poumons sont radiologiquement normaux.

Antécédents héréditaires :

Une grand'mère aurait eû des douleurs articulaires. La mère de la patiente eut du rhumatisme généralisé, comme sa fille avec le même type de déformations.

Traitement :

Après échec de traitements glandulaires et iodés, la malade est mise à l'aurothérapie.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 1 gr. 20 en 6 mois, avec arrêt des règles.

Les injections sont très douloureuses, la malade est très amaigrie en fin de série. Bénéfice articulaire douteux.

2° Oléo-Solganal I f : 2 gr. 50.

Mauvais résultat, exacerbation des douleurs peut-être due en partie à des soucis moraux qui affectent la malade.

2 mois après :

3° Oléo-Solganal I f : 2 gr. 02.

Guérison clinique, mais gros amaigrissement.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 21-47-93

Hypo-uricémie 0.018

OBSERVATION N° 53

F., 30 ans.

Polyarthrite symétrique, au début. Les petites articulations sont presque uniquement touchées. Au membre supérieur : petits radis phalangiens ; aux pieds, gonflements discrets des chevilles et de la face dorsale des tarses.

Traitement :

Une série d'injections de gluconate de calcium donne un résultat incomplet. (légère amélioration des douleurs). On essaie l'aurothérapie.

Oléo-Solganal type II f.

Guérison clinique en une série.

A la fin de celle-ci apparaît une infection urinaire à colibacilles.

OBSERVATION N° 54

F., 66 ans.

Polyarthrite symétrique. Gonflement des membres inférieurs, peut-être cet œdème est-il expliqué par un mauvais état rénal. Les mains, les poignets sont le siège d'arthrites synoviales.

Antécédents :

La patiente a eu un glaucome 6 mois avant le début de la polyarthrite.

Traitement :

Solganal buccal, sans résultat.

Laboratoire :

Constante d'Ambard : 0.156, avec taux normal d'urée sanguine.

OBSERVATION N° 55

H., 59 ans.

Polyarthrite très importante. Atteinte des phalangiennes et des métacarpo-phalangiennes avec ébauche de déformations de type Charcot. Parmi les grosses articulations, les hanches sont très atteintes avec limitation des mouvements.

Pas d'antécédents spéciaux.

Traitement :

Le patient a reçu 20 injections d'un stock-vaccin streptococcique en Angleterre. Les dents ont été toutes enlevées à la même époque. Plusieurs saisons à Dax. Le bénéfice articulaire de ces traitements a été nul.

Le patient est mis au Solganal buccal.
Bon résultat articulaire.

II. POLYARTHRITES SYMETRIQUES AYANT SUCCEDE A PLUS OU MOINS LONGUE ECHEANCE A DES CRISES DE POLYARTHRITES AIGUES POST-ANGINEUSES

OBSERVATION N° 56

H., 29 ans.

Petite polyarthrite symétrique. Le début remonte à un an. Le patient a ressenti tout d'abord des douleurs et un peu de raideur articulaire. Depuis 3 mois, il ne peut plus se servir de ses mains pour exercer son métier (coiffeur). Les poignets sont très limités, aux articulations phalangiennes des infiltrations synoviales empêchent le jeu articulaire. Il y a une tendance, encore légère, aux désaxations. Les genoux sont légèrement douloureux.

Les gonflements synoviaux actuels ont succédé à une crise douloureuse polyarticulaire précédée d'angine. Le patient avait eu de nombreuses crises analogues auparavant.

Traitement :

1° Oléo-Solganal-B II F : 3 gr. 10 en 31 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 50.

Bon résultat articulaire.

2 mois après cette série :

2° Oléo-Solganal B II F : 3 gr. 68.

Très bon résultat. Il persiste seulement une petite tuméfaction phalangienne.

3° Oléo-Solganal I f : 0 gr. 30. Cure d'entretien interrompue par le malade.

Légère amélioration supplémentaire.

Laboratoire :

Avant traitement	S. R. 5-13-40
Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.092	0.29

OBSERVATION N° 57

F., 56 ans.

Polyarthrite symétrique. Aux métacarpo-phalangiennes et aux phalangiennes des doigts des mains, déformations de type Charcot. Aux poignets grosses lésions d'ostéoarthrites. Le début remonte à 6 ans, 4 ans

après la ménopause. La patiente présenta à l'âge de 16 ans des crises douloureuses polyarticulaires précédées d'angine. Entre cette époque et le début des arthrites actuelles, il y eût, de temps à autre, quelques douleurs et quelques gonflements transitoires, au niveau de quelques grosses jointures.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0 gr. 90. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 10.

Eruption généralisée, suintante sous les bras à 0 gr. 90. Cette érythrodermie localisée dura 2 mois, pendant lesquels on fit des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

Bon résultat articulaire.

2 mois après :

2° Solganal B aqueux I F : 3 gr. 70 en 4 mois environ. Injections irrégulières. Dose maxima : 0 gr. 25.

Eruption d'aurides parakératosiques à la suite d'une injection de Crisalbine, intraveineuse, intercalée entre les injections de Solganal. Ces aurides restent stationnaires. Elles se contentent de rougir, pendant 48 heures environ, à la suite de chaque nouvelle injection.

Très bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement S. R. 24-55-84

Après Crisalbine — S. R. 20-42-99

Au milieu de la série de Solganal :

Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.110	0.38

A la fin de la série de Solganal :

Constante d'Ambard	Urée sanguine
0.140	0.35

OBSERVATION N° 58

F., 27 ans.

Polyarthrite symétrique, ayant succédé à des crises de polyarthralgies post angineuses. Ces crises ont débuté dans l'adolescence. La malade ne peut préciser leur caractère exact. Le salicylate de soude améliorait les douleurs.

Actuellement, léger empâtement des chevilles. Les 2° et 3° métacarpo-phalangiennes sont gonflées, mais non douloureuses. Les épaules sont douloureuses à l'abduction et à la pression des têtes humérales. Le Pharynx est rouge. Nombreuses caries dentaires.

Antécédents :

Un grand-père eut du rhumatisme déformant. Un frère aurait du R. A. A.

Traitement :

1° Oléosolganal B II F : 3.40 en 63 jours. Injections irrégulières. Dose maxima : 0,40 gr.

Très bon résultat articulaire n'ayant persisté qu'un mois.
Deux mois plus tard, c'est-à-dire un mois après la rechute :
2° Oléosolganal B. I f. 0.90 en 60 jours.
Petite éruption papuleuse.
Effet nul.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 13-24-89.

OBSERVATION N° 59

F., 26 ans.

Polyarthrite symétrique atteignant surtout les petites articulations des mains.

Il y a peu de déformations mais des gonflements métacarpophalangiens et phalangiens, nettement synoviaux. Néanmoins depuis deux mois il semble à la malade qu'elle a des difficultés à tenir ses doigts sur le même plan. La malade a fait autrefois des crises de R. A. A. typique.

Antécédents :

La mère de la malade serait morte hémiplégique à 37 ans.

Des collatéraux auraient fait de la tuberculose pulmonaire. Un enfant de la malade âgé de 27 mois et né à terme a été examiné à Saint-Louis pour une incurvation des tibias. M. A. Babonneix fait le diagnostic de périostite syphilitique. Traitement et amélioration rapide par le sulfarsenol et un sel de Bismuth.

La malade présente du psoriasis et serait sujette à de fréquentes bronchites. On ne trouve pas de signe d'H. E.

Traitement :

Oléo-Solganal B II f : 1 gr. 90 en 49 jours. Injections bihebdomadaires.
Dose maxima : 0 gr. 25.

Erythème maculeux se transformant en psoriasis après les deux premières injections à 0 gr. 05.

Cette poussée psoriasique dure deux mois.

Très bon résultat articulaire se maintenant six mois.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 17-39-96 ;

Résorcine : 19 ;

B. W. : négatif.

OBSERVATION No 60

F., 58 ans

Crises polyarticulaires, précédées d'angine (la première, il y a 40 ans), ayant abouti à des gonflements symétriques des mains, qui semblent actuellement en voie d'extinction. Il existe surtout quelques arthralgies fugaces et une névralgie sciatique.

Antécédents :

La patiente aurait eu une affection urinaire mal déterminée, accompagnée de cystite.

Traitement :

Crisalbine : 1 f.

A la première injection de 0 gr. 10 : erythème sous-mammaire. Huit jours après, on refait une deuxième injection de 0 gr. 10 : crise vésiculaire avec vomissements, Température : 39 degrés, puis survient une congestion pulmonaire. En même temps que débutait la crise vésiculaire, la malade faisait une stomatite.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 5-12-51 ;

Résorcine : 21.

OBSERVATION No 61**F., 41 ans**

Polyarthrite symétrique. Atteinte d'un grand nombre de jointures, particulièrement des articulations phalangiennes et métacarpophalangiennes.

Cette poussée aurait débuté par les orteils, il y a huit mois. Les gonflements articulaires sont nettement synoviaux, mais n'ont pas une allure inflammatoire aigue.

Il est difficile de savoir si les arthrites actuelles sont le résultat de crises de polyarthralgies post-angineuses, que la malade présente depuis très longtemps, ou bien s'il s'agit d'un processus indépendant.

Les arthrites ont déjà existé sous leur forme actuelle, il y a quelques années, puis ont disparu. Entre cette époque et la crise actuelle, la malade eut de nouveau des angines, accompagnées de fluxions articulaires transitoires.

Une amygdalectomie a été pratiquée autrefois ; les angines sont devenues plus rares, mais sont toujours suivies de douleurs.

Antécédents :

Bronchites légères, fréquentes. Il y a un an et demi environ, la malade a eu une rougeole. Pendant la convalescence, elle présenta des phénomènes vertigineux, des bourdonnements d'oreilles, de la diplopie, des douleurs hémicraniennes.

Traitement :

Oléo-Salganal I F : 3 gr. en 49 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima 0 gr. 25.

Réactions focales intenses. Diarrhée à 2 gr. 25. Fatigue en fin de série. Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : S. R., 61-91-130.

Après traitement : S. R., 76-108-136.

Après Solganal :

Constante d'Ambard : 0,140 ;
Urée sanguine : 0,49 ;
Albumine : traces.

III. — OSTEOARTHRITES SYMETRIQUES

OBSERVATION No 62

F., 39 ans

Polyarthrite symétrique très peu synoviale.

Les localisations articulaires sont celles de la maladie de Charcot ; les déformations tendent au type Charcot. Mais la radiographie montre des érosions osseuses importantes siégeant aux métacarpo-phalangiennes et aux phalangiennes proximales des premier, deuxième et troisième doigts.

Il y a également de grosses ostéoarthrites carpiennes et radio-carpiennes.

Antécédents :

Depuis quatre ans, la patiente a des troubles intestinaux qui auraient succédé à une appendicectomie.

Traitement :

1. Crisalbine : 1 gr. 40. Solganal B aqueux, type I f : 0 gr. 10.

Assez bon résultat.

Deux mois après :

2. Crisalbine I F : 3 gr. 75 en quatre mois. Dose maxima : 0 gr. 25.

Ebauche de stomatite, cystite, petites réactions focales.

Résultat nul immédiatement ; finalement, résultat passable.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 29-54-114 ;

Résorcine : 33.

A la fin de la première série :

S. R. : 20-50-87.

Avant la deuxième série :

S. R. : 26-52-97.

OBSERVATION No 63

F., 50 ans

Héberden typique des dernières phalanges et ostéoarthrite des phalangiennes proximales. Le début remonte à treize ans ; il se fit par une crise douloureuse scapulaire, accompagnée de température élevée.

A la suite apparaissent des arthrites phalangiennes ; actuellement, les jointures sont très déformées, le gonflement est osseux. Il y a des ankyloses et la radiographie montre de grosses lésions osseuses.

Traitement :

Solganal Bagneux II F : 3 gr. 65 en 38 jours. Injections hebdomadaires puis bi-hebdomadaires. Dose maxima 0 gr. 50.

Démangeaisons après chaque piqûre.

Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 11-27-79 ;

Cholestérol : 2 gr. 23 ;

Uricémie : 0,031.

OBSERVATION N° 64**F.**

Ostéoarthrites symétriques non fébriles, simulant un rhumatisme d'Héberden. Le début remonte à 21 ans, à la ménopause. Cliniquement, il existe de grosses déformations des poignets, et des déformations monoliformes des doigts. Depuis six ans, il existe une arthrite des genoux. La radiographie montre de grosses lésions ostéocartilagineuses.

Antécédents :

Tuberculose familiale : mari, un enfant et peut-être une soeur. Chute spontanée des dents il y a 20 ans.

Traitement :

I. Crisalbine I f : 1 gr. 30 en 6 mois. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 05.

Très bon résultat.

Laboratoire :

Avant traitement : Gono Réaction très positive (+ + +).

IV. — TYPE SPECIAL, POLYARTICULAIRE, CARACTERISE PAR DES INFILTRATIONS PERIARTICULAIRES, LARDACEES, DURES, UN ASPECT BOUDINE DES DOIGTS, UNE EVOLUTION TORPIDE ET UNE AURORESISTANCE TRES GRANDE. (Coste.)

OBSERVATION No 65**F., 41 ans**

Polyarthropathie symétrique, ayant débuté par des douleurs vagues à l'âge de 15 ans.

Les doigts sont boudinés en masse. Infiltration résistante au palper. La peau est luisante, amincie. Les déformations des doigts s'accroissent depuis 2 ans. L'aspect général est floride. Les épaules, les hanches sont enraidies.

Antécédents :

Dothienenthérie à l'âge de 12 ans.

Traitement :

1. Allochrysine I f : 0 gr. 90. Dose maxima : 0 gr. 10.

Résultat nul. Enraidissement consécutif.

2. Solganal B aqueux : 0 gr. 50 + Lipauroil + Oléo-Solganal B : 0 gr. 30. Dose maxima : 0 gr. 25.

Aurides pytiriasiformes.

Résultat nul.

3. Oléo-Solganal B I F : 3 gr. 40 en deux mois. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0 gr. 25. Petites aurides maculeuses.

Fatigue, enraidissement articulaire ; les douleurs sont peut-être un peu moins vives.

Résultat pratiquement nul.

Echec d'autres traitements, tant chimiothérapiques que glandulaires.

OBSERVATION No 66

F., 55 ans

Polyarthrite symétrique. Les localisations articulaires et les déformations sont celles de la maladie de Charcot, les hanches sont limitées. Mais les gonflements des jointures des mains sont durs, l'empâtement déborde largement la zone articulaire et semble peu inflammatoire. Le début remonte à 5 ans, un an après la ménopause. Des migraines fréquentes, qui survenaient autrefois, semblent avoir disparu depuis l'apparition des douleurs.

Traitement :

Oléo-Solganal I F : 4 gr.

Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : S. R. 37-70-137.

OBSERVATION No 67

F., 59 ans

Polyarthropathie symétrique survenue il y a quatre ans, à la suite d'une affection qualifiée de thyphoïde et suivie d'une congestion pulmonaire. Entre temps, la patiente avait vu apparaître de l'ecthyma des membres inférieurs. Les jointures des mains sont le siège d'un gonflement dur, d'évolution assez froide. Il existe du déjètement radial. Les hanches sont limitées. La malade a toujours été pauvrement réglée ; la ménopause survint il y a 17 ans.

Traitement :

Oléo-Solganal B. Début de traitement: I f.

A 0 gr. 15 survient de la diarrhée, puis une grippe traînante, avec assez mauvais état général. On interrompt.

Laboratoire :

Avant traitement : S. R., 29,5-63-122.

V. — POLYARTHRITES SYMETRIQUES D'ETIOLOGIE CONNUE

I. Origine gonococcique probable

OBSERVATION No 68

F., 59 ans

Polyarthrite symétrique récente. Atteinte des épaules, des poignets, des genoux. Aux mains, les phalangiennes sont surtout touchées. Il y a tendance aux déformations du type Charcot.

L'étiologie peut être discutée, la polyarthrite a débuté après une grippe, mais on trouve une gonoréaction positive. On peut penser que la grippe a été le facteur déterminant de la polyarthrite. Cependant, c'est cette malade qui eut autrefois un épisode métritique post-nuptial d'assez longue durée ; il nous semble que la probabilité d'un fond gonococcique est assez évident.

Traitement :

Oléo-Solganal I f : 2 gr. 10 en 70 jours. Injections bi-hebdomadaires. La patiente prend du mucléinate de soude en pilules pendant la durée du traitement.

Démangeaisons à 0 gr. 65.

Excellent résultat s'étant maintenu plus de six mois.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 48-82-125 ;

Résorcine : III ;

Gono-réaction positive (plus-plus).

OBSERVATION No 69

H., 43 ans

Polyarthrite symétrique sans température. C'est le type même de la maladie de Charcot, les métacarpo-phalangiennes et les phalangiennes des mains sont le siège des déformations classiques.

Le début remonte à 20 ans, immédiatement après une blennorragie. Psoriasis discret.

Antécédents :

Le père du patient est mort à 50 ans d'une congestion cérébrale.

Traitement :

Le malade est tout d'abord mis au traitement par l'iodhema, puis par l'huile soufrée sans résultat appréciable.

I. Oléo-Solganal B II F : 3 gr. 13 en 2 mois et demi.

Réactions focales, quelques épistaxis. Le temps de saignement est élevé. Quelques nouveaux éléments de psoriasis.

Excellent résultat.

Le patient ne souffre pas quand on fait une série d'entretien.

2. Oléo-Solganal B : 1 gr. 50 + Solganal B aqueux : 0 gr. 75, type I f.

Poussées focales avec température.

Mauvais résultat articulaire en fin de série.

Deux mois plus tard :

3. Oléo-Solganal I f : 1 gr. 85 en 2 mois et demi.

Une ou deux fois le patient a des selles sanglantes.

T. S. : 8 minutes ;

T. C. : 12 minutes et 30 secondes.

Le résultat est passable ; un peu moins de douleurs. La fièvre, qui avait prit naissance avec les poussées focales de la précédente série, disparaît.

On met le malade au gluconate de calcium et la vitamine D. Il y a une recrudescence de douleurs, peut-être due à l'arrêt trop rapide de l'aurothérapie.

Laboratoire :

Avant traitement : S. R. 44-81-128.

OBSERVATION No 70

F., 50 ans

Polyarthrite symétrique. Evidence atrophique très marquée aux interosseux et aux éminences thénar. Atteinte des métacarpo-phalangiennes et des phalangiennes, des poignets, des coudes, des genoux.

Le début remonte à deux mois.

La malade n'a pas d'appendice xyphoïde, le réflexe achilléen gauche est aboli. Le foie est un peu douloureux.

L'étiologie de la polyarthrite est assez difficile à préciser ; d'une part, des signes qui pourraient faire penser à une H. E. ; d'autre part, une gono-réaction pleinement positive. C'est à cette dernière hypothèse que l'on s'est arrêté, les réactions sérologiques de la syphilis étant négatives.

Antécédents :

Pas de grossesse. Ménopause il y a 10 ans.

Traitement :

1° Oléo-Solganal B : quelques injections de 0 gr. 20 donnent des réactions douloureuses articulaires. On revient à 0 gr. 10. Cette dose est très bien supportée. On injecte un total de 2 gr. 35 I f. Injections bi-hebdomadaires.

Bon résultat.

2° Oléo-Solganal I f : 1 gr. 55.

Très bon résultat articulaire. Rechute un mois après la fin de la série ; quelques gonflements à la main droite seulement.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 62-100-127 ;

Résorcine : 46 ;

Gono-réaction : très positive.

Au moment de la rechute :

S. R. : 52-78-116.

Avant la première série de Solganal :

Constante d'Ambard : 0,076 ;

Urée sanguine : 0,20.

Pas d'albumine urinaire.

Avant la deuxième série de Solganal :

Constante d'Ambard : 0,075.

Urée sanguine : 0,80.

Albumine urinaire : légères traces.

OBSERVATION No 71

F., 35 ans

Polyarthrite symétrique. Le début remonte à 5 ans. Les arthrites survinrent un mois après une syphilis primaire. Un genou fut tout d'abord atteint. La généralisation semble avoir été provoquée par une blennorragie survenue il y a 3 ans. Actuellement, les arthrites sont localisées aux extrémités.

Les gonflements synoviaux des mains sont assez peu importants ; il y a des déformations et une tendance au type atrophique. Les articulations des pieds ont été également touchées. Actuellement, il n'y a plus rien. Les épaules, les coudes sont un peu enraidis.

La syphilis a été traitée à Cochon dès son début. Depuis cette époque, la réaction de Bordet-Wassermann a été constamment négative. Le traitement anti E n'a eu aucune influence sur le début de la polyarthrite.

On note encore des angines fréquentes, des rhinites.

Traitement :

1° Solganal B II F : 2 gr. 40 en 78 jours. Dose maxima : 0 gr. 50.

Petite bronchite pendant toute la série.

Bon résultat articulaire.

2° Solganal B II F : 1 gr. en quelques jours.

Bon résultat articulaire.

Six mois après, on fait :

3. Crisalbine I f : 0 gr. 60.

Assez bon résultat.

Très bon résultat final. Les déformations persistent.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 45-72-116.

Résorcine : 68.

Gono-réaction : très positive. (+ + +)

Sérologie de la syphilis : négative.

Après la première série de Solganal :

S. R. : 18-42-90.

Gono-réaction : positive. (+ +)

C'est sur la généralisation consécutive à la blennorragie, sur la gono-réaction positive et sur la négativité des réactions de la syphilis que l'on

s'est basé pour classer cette observation dans les polyarthrites d'étiologie gonococcique. Ce diagnostic étiologique est évidemment discutable. Il est probable que dans ce cas comme dans bien d'autres, gonocoque et tréponème ont contribué à la formation des arthrites.

OBSERVATION No 72

H., 71 ans

Polyarthrite symétrique. Aux mains, syndrome de Charcot typique : coup de vent métacarpo-phalangien, désaxations et ankylose des phalanges. Les mouvements des épaules sont limités ; il existe un empâtement douloureux péri-calcanéen. Le début remonte à 11 ans.

En 1920, le patient eut une crise douloureuse polyarticulaire avec fièvre, qui dura un an.

En 1926, deuxième crise douloureuse, gonflements des jointures ayant duré six mois.

La crise douloureuse actuelle date de trois mois.

Antécédents :

Syphilis très ancienne ne paraissant pas avoir un rapport avec la crise actuelle. Cependant, une réaction de Desmoulières et légèrement positive.

Traitement :

Oléo-Solganal II f : 2 gr. 78 en 68 jours.

Injections hebdomadaires puis bi-hebdomadaires.

Petite bronchite à la fin du traitement.

Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement :

S. R. : 56-87-117.

Bordet-Wassermann avec antigène de Desmoulières : (+) partiellement positif.

Gono-réaction fortement positive (+ + +).

Il s'agit probablement encore ici d'un cas d'étiologie mixte.

Avant Solganal :

Urée sanguine 0,47.

Après Solganal :

Urée sanguine : 0,31.

Constante d'Ambard : 0,089.

Albumine : 0.

2. Origine syphilitique probable

OBSERVATION No 73

F., 47 ans

Polyarthrite symétrique. Aux mains, localisations aux métacarpo-phalangiennes et aux phalangiennes avec ébauche de déformations. Con-

trastant avec l'atteinte des doigts, qui est nette mais assez discrète, on trouve de grosses lésions ostéocartilagineuses des carpes.

Psoriasis.

Hérédo syphilis très probable : Absence d'appendice xyphoïde, voûte palatine ogivale, dents crénelées.

Traitement :

Une série de Psothanol, suivi d'une série de Bivotol donne une amélioration des douleurs et de l'état général. Quelques scarifications au vaccin de Ponndorf donnent également une amélioration articulaire. Mais les gonflements persistent et les douleurs sont simplement atténuées. La patiente est mise à l'aurothérapie.

1° Crisalbine et Nelochrysine I f : 1 gr.

Très bon résultat.

2° 2 mois et demi plus tard :

Solganal B aqueux. I F : 2.70 gr.

Très bon résultat.

3° 2 mois et demi plus tard :

Oléosolganal B I F : 2.50 gr.

Une injection de sol. à 4 % de nucléinate de soude faite pendant la série de solganal est suivie de fièvre et de réactivation des douleurs.

Très améliorée en fin de série.

A chaque série d'or, la patiente fait une poussée de psoriasis sans gravité.

Un mois et demi plus tard, elle recommence à souffrir, de nouvelles localisations apparaissent.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine 29.

Avant la 2° série d'or : SR : 24-42-70. Constante d'Ambard : 0.100.

Urée sanguine : 0.24.

Après la 2° série d'or : SR : 15-35-87.

OBSERVATION N° 74

H., 56 ans.

Polyarthrite symétrique très extensive, les épaules sont enraidies, douloureuses, les mouvements sont très limités. Aux coudes des nodosités fibreuses limitent le jeu articulaire. Les poignets sont le siège de grosses tuméfactions. Il existe quelques ganglions axillaires et épitrochéens. Aux mains, les métacarpo phalangiennes des 2°, 3° et 4° doigts, la plupart des phalangiennes proximales sont atteintes. Il y a un début de coup de vent métacarpo phalangien. Les articulations des mains sont le siège d'hyarthroses inhabituelles dans la maladie de Charcot de la femme. Aux membres inférieurs, légère atteinte des genoux, douleurs plus vives au niveau des tibio tarsiennes.

Le début remonte à 5 ans, à la suite d'une courte grippe.

Antécédents :

Plusieurs blennorragies, la dernière remonte à 7 ans.

Pyorrhée importante.

Deux enfants bien portants. Pas d'autres grossesses chez la femme du patient, qui est bien portante.

Traitement :

A la suite d'une série de novarsenobenzol (3.75 gr.) et de 12 injections de Bivotol, les poignets commencent à dégonfler. On tente l'aurothérapie.

1° Solganal B aqueux I F : 3.65 gr. en un mois et demi.

Grosse amélioration.

Crise douloureuse tibio tarsienne et tarso-métatarsienne, semblable aux réactivations que peut donner le traitement arsénical. Une radiographie montre des lésions destructrices étendues du tarse. Le membre est appareillé pour soustraire le tarse à la pression du corps. Depuis ce jour, le malade garde son appareil, et ne souffre plus de ce pied. Les traitements ultérieurs ne réveillèrent pas de douleurs à ce niveau.

A la suite le patient est soumis successivement à l'iodure de potassium per os 21 grammes en 21 jours. Il fait une bronchite. Puis on injecte 12 ampoules de Bivotol. Au bout de 3 mois réapparaissent des formations kystoïdes des poignets, les douleurs reviennent, la récédive s'accroît rapidement quand on reprend une série Sulfarsenol (3.84 gr.) à peu près inactive et suivie d'une série forte de Solganal.

2° Solganal B aqueux. II F. 6.40 gr. en 54 jours + 12 injections de Bivotol. Traitement très bien supporté. Disparition complète des arthrites, les coups de vent métacarpo phalangiens se redressent, toutes les articulations redeviennent libres. Les mains ont un aspect parfaitement normal. Il y a un peu de polyurie nocturne, et un peu de gonflement des chevilles le soir. Ces symptômes disparaîtront 6 mois après environ.

Laboratoire :

Avant 2° série de Solganal : traces d'albumine urinaire.

Après 2° série de Solganal : traces importantes d'albumine urinaire qui disparaîtront quelques mois après.

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.103. Urée : 0.32.

Après 1^{re} série de Solganal : Constante d'Ambard : 0.094. Urée : 0.34.

Après 2° série de Solganal : Constante d'Ambard : 0.110. Urée : 0.42.

Avant traitement : SR : 39-82-129.

Sérologie de la syphilis : toutes les réactions sont fortement positives. La ponction lombaire est négative.

OBSERVATION N° 75

F., 44 ans.

Polyarthrite symétrique. Début il y a 4 ans, sans fièvre. Cliniquement, on trouve aux mains qui sont les plus atteintes : de petites déformations en radis des phalanges, des poignets enraidis et gonflés ; un petit gonflement à l'insertion des tendons d'Achille. L'aspect radiologique est assez particulier : l'interligne de la première articulation métacarpo phalangienne est pincé, on note du lipping de la tête métacarpienne.

La 5^e tête métacarpienne est encochée latéralement.

Les dents sont très petites et crénelées. Il y a de l'inégalité pupillaire.

Traitement :

Oléosolganal. B II f. 2.88 gr. en 2 mois. Aurides cutanéomuqueuses. Très bon résultat ayant persisté plus de 6 mois.

Laboratoire :

SR : 10-20-65.

Résorcine : 19.

BW avec antigène de Desmoulières partiellement positif.

Gonorréaction subpositive (+).

OBSERVATION N° 76

F., 50 ans.

Polyarthrite symétrique. Il y a peu de chose aux membres inférieurs, les épaules, les coudes, les poignets sont douloureux. Les gonflements articulaires sont constitués par des tuméfactions siégeant sur le trajet des gaines tendineuses.

Cicatrices d'adenites cervicales datant de l'enfance.

Antécédents :

Mère morte de bronchite à 65 ans.

Traitement :

Quelques scarifications au vaccin de Ponndorf donnent une notable amélioration articulaire.

1° Allochrysine. I f : 1.20 gr. Dose maxima : 0.20 gr.

Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : Réaction de Bordet Wasserman : positive (++).

SR : 32-54-103.

OBSERVATION N° 77

F., 28 ans.

Polyarthrite symétrique. Les déformations siègent surtout aux mains. Les phalanges sont désaxées et décrivent dans l'ensemble une courbe à concavité palmaire. Les doigts sont fusiformes, les gonflements synoviaux nets mais discrets, la peau est mince et luisante.

Les poignets sont légèrement gonflés et enraidis. L'extension des avant-bras ne dépasse pas 120°. La patiente ignorait l'existence de sa syphilis.

Traitement :

Oléosolganal B II f : 3.30 gr. en 82 jours. Injections bi-hebdomadaires. Très bon résultat articulaire, ayant persisté plus de cinq mois. Les réactions sanguines n'ont pas été influencées par le traitement. La malade est mise au traitement par le sulfarsenol et le bismuth.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 67-74-120. Résorcine : 67. Gonorréaction : négative. Sérologie de la syphilis : très positive (+++). Ponction lombaire négative).

Après le Solganal : Constante d'Ambar : 0.064. Urée sanguine : 0.26.
Sérologie de la syphilis : très positive (+++).

OBSERVATION N° 78

F., 48 ans.

Polyarthrite symétrique ayant débuté il y a 4 mois. Les phalangiennes sont gonflées, il y a une ébauche de déformations. Les poignets sont raides et douloureux. Les genoux, les chevilles sont le siège de gonflements synoviaux.

Pyorrhée alvéolo dentaire, nombreuses caries.

Antécédents :

Il y a 11 ans : cystite et métrite tenace après un accouchement.

Ménopause il y a un an.

Père mort d'une fluxion de poitrine.

Traitement :

Solganal B aqueux I F : 1,20 gr. + 10 injections de Sulfarsenol (environ 2.80 gr.).

Guérison clinique.

Laboratoire :

Avant traitement : Bordet Wasserman : partiellement positif (+).

Hecht : douteux (+). Desmoulières : partiellement positif (+).

SR : 7,5-22-64.

POLYARTHRITES NON SYMETRIQUES

I. — ETIOLOGIE INCONNUE OU TRES DOUTEUSE.

OBSERVATION N° 79

F., 53 ans.

Polyarthrite peu extensive apparue il y a un an à la ménopause. Atteinte d'un genou, des poignets, des phalangiennes d'une main. Petit goître kystique.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 1.10 gr. en 3 mois. Aurides érythémateuses lenticulaires ayant persisté près de 6 mois.

Bon résultat. 9 mois après on refait une nouvelle série.

2° Crisalbine I f : 1.45 gr. en 2 mois et demi. Léger gain sur l'état antérieur ; un mois après :

3° Crisalbine I f : 1.20 gr. en 2 mois. Bon résultat.

Un an après cette série, l'amélioration persiste.

OBSERVATION N° 80

F., 48 ans.

Polyarthrite synoviale évoluant depuis 9 ans. Assez grosses infiltrations synoviales d'un poignet, des chevilles, quelques articulations phalangiennes sont gonflées. La peau des mains est lisse et mince.

Antécédents :

Laryngite chronique, angines fréquentes. Le mari de la patiente est mort hémiplégique à 39 ans.

Traitement :

Un essai de traitement au vaccin de Ponndorf ne donne que peu de résultat.

1° Allochrysine I f : 1.60 gr. En même temps on fait 10 injections d'autosérum. Bon résultat articulaire.

Après une cure à Aix-les-Bains qui agit favorablement sur les raideurs articulaires, on refait une série d'allochrysine.

2° Allochrysine. I f : 1.70. Bon résultat articulaire.

OBSERVATION N° 81

F., 56 ans.

Polyarthralgies. Douleurs articulaires, au niveau des chevilles, des genoux, des épaules, des articulations des mains. Parfois apparaissent des gonflements transitoires, et très discrets, à un genou, un poignet.

Traitement :

Allochrysine I f : 1.20 gr. environ.

Résultat nul.

OBSERVATION N° 82

F., 43 ans.

Polyarthralgies. Début il y a 2 ans et demi par un peu de gonflement synovial des phalanges et des poignets. Actuellement il ne subsiste que des arthralgies sans signes objectifs. Les épaules seules sont limitées dans les mouvements d'élévation.

La malade est amaigrie, et a des pertes blanches.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 1.50 gr.

Injections hebdomadaires, dose maxima : 0.10 gr. Assez bon résultat.

2° Crisalbine I F : 3.60 gr. en 2 mois et demi. Injections bi-hebdomadaires, dose maxima 0.25 gr. Au milieu de la série survient un mieux passager, les dernières injections et le mois qui suit sont marqués par des poussées très douloureuses. Mauvais résultat articulaire.

A 2,10 gr. : grippe aurique.

1 mois et demi plus tard :

3° Oléosolganal B. II f : 1.80 gr. en 3 mois et demi. Réactions focales très violentes avec la première injection qui fut de un centigramme ; elles sont moins violentes en augmentant les doses. Grippe passagère au cours de la série.

Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine : 67. Constante d'Ambard : 0.146.

Avant la 2° série : SR : 50-80-110. Constante d'Ambard : 0.130. Urée sanguine : 0,21.

Après la 2° série : SR : 41-67-113.

Constante d'Ambard : 0.150. Urée sanguine : 0.29.

Avant la 3° série : SR : 67-108-121.

En cours de la 3° série : Constante d'Ambard : 0.190. Urée sanguine : 0,26. (à 1,60 gr.).

Après cette 3° série : Constante d'Ambard : 0.150. Urée sanguine : 0.29.

OBSERVATION N° 83

F., 68 ans.

Podyarthrite. Les gonflements synoviaux sont surtout marqués aux poignets. Un genou, une cheville sont également gonflés et douloureux. Les mouvements des épaules sont limités. Le début remonte à un mois.

Traitement :

1° Crisalbine I F : 3 gr.

Injections hebdomadaires, dose maxima : 0.20 gr. Amélioration au milieu de la série, interrompue par des réactions focales.

Mauvais résultat articulaire.

Deux mois plus tard on fait une nouvelle série.

2° Allochrysine I f : 0.80 gr. et quelques séances de bains de lumière. Résultat nul.

Deux mois plus tard :

3° Allochrysine I f : 0.60 gr.

Assez bon résultat, mais rétraction rapide des aponévroses palmaires.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 43-77-110. Urée sanguine : 0.41.

Après traitement : SR : 40-68-105.

OBSERVATION N° 84

F., 40 ans.

Polyarthrite datant d'un an. Ce sont surtout les genoux qui sont gonflés et douloureux. Aux membres supérieurs, un poignet est enraidit, il y a quelques articulations phalangiennes légèrement gonflées, un coude est limité dans le mouvement d'extension.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.25 gr. + 1.35 gr. d'Allochrysine. Injections hebdomadaires.

Bon résultat articulaire.

2° Presque immédiatement la malade est mise au Solganal.

Solganal B aqueux II F : 3.85 gr. Dose maxima 0.50 gr.

Cliniquement guérie pendant 5 mois, puis rechute, au niveau d'un genou. On reprend l'aurothérapie.

3° Oléosolganal B II F : 4.25 gr. Dose maxima : 0.50 gr.

Aurides eczématiformes à 4,26 gr. qui persistent quelques mois.

De nouveau guérison clinique.

Laboratoire :

Avant traitement : Résorcine : 33. SR : 43-77-109.

Après 2 séries d'or : SR : 6-14-62.

Pendant les 5 mois où elle ne souffre plus on trouve successivement : SR : 2-6-29. — SR : 3-6-35.

Puis elle revient consulter avec un genou gros et douloureux malgré une SR : 6-13-52, soit à peu près normale.

OBSERVATION N° 85

F., 50 ans.

Polysynovites apparues il y a 5 ans à la suite d'une grippe précédée d'une angine. Atteinte des gaines des extenseurs des doigts, tuméfactions, mollasses des articulations des coudes et des genoux. Bronchite chronique, dilatation bronchique à droite injectée par le lipiodol.

Traitement :

1° Allochrysine : 0.30 gr. + 1.50 gr. de Crisalbine I f.

Très bon résultat.

2° Crisalbine II F : 4.60 gr. en 3 mois. Dose maxima : 0.50 gr.

Très bon résultat.

Petite stomatite, poussée bronchique à la 4^e injection.

Mais au bout de 10 mois, les douleurs réapparaissent, la malade est mise au Broncho-vaclydun qui améliore considérablement l'état pulmonaire et secondairement les arthrites.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 49-68-125.

Après traitement : SR : 26-38-93.

OBSERVATION N° 86

F., 44 ans.

Polyarthrite intéressant les tibiotarsiennes, les genoux. Il y a peu de chose aux mains, mais de la raideur et des douleurs aux mouvements de la colonne vertébrale. Le début remonte à 4 ans. Il y a de l'hyperkératose talonnière.

Antécédents :

Bronchite chronique. Il y aurait des tuberculeux pulmonaires dans la famille de la malade.

Elle aurait eu un traitement anti-syphilitique pour une affection oculaire, à cette occasion 3 ponctions lombaires furent négatives.

Après une ablation de cornets, il persiste encore de l'ethmoïdite et de la sinusite.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 0.55 gr.

Résultat nul. On arrête devant une menace d'érythème.

2° Solganal A. Intraveineux 1.55 gr. + Crisalbine : 2,10 gr. + 12 ampoules de Bivato I F. Dose maxima : 0,25 gr.

Petites aurides persistantes.

Bon résultat.

A la suite, on fait quelques applications de vaccin per-cutané de Ponnordorf qui donnent un meilleur résultat articulaire que les sels d'or.

OBSERVATION N° 87

F., 49 ans.

Polyarthralgies. Les coudes et les genoux sont un peu gonflés. Le bon résultat de l'aurothérapie et l'accélération de la SR montrent qu'il ne s'agissait pas de rhumatisme vaso-moteur dont le diagnostic avait été porté au début.

Le début des arthralgies remonte à 4 ans.

Une sœur est morte tuberculeuse.

7 frères ou sœurs sont morts en bas âge.

Traitement :

Divers produits ont été utilisés avant l'aurothérapie : composés iodés, folliculine, vaccin de Ponndorf, venin d'abeille, sans résultat.

1° Crisalbine I f : 1 gr. Dose maxima : 0.10 gr. Glossite à 0.50 gr. environ. Durée : un mois. Bon résultat articulaire.

2° Solganal B aqueux I F : 3.95 gr. en 2 mois à 1.20 gr. Stomatite superficielle qui le restera jusqu'à la fin du traitement.

Très bon résultat final.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 20-45-89.

Après traitement : SR : 18-41-53.

OBSERVATION N° 88

F.

Polyarthrite non symétrique datant de 3 ans. Gonflements synoviaux d'un coude, d'un poignet et des genoux. Atteinte de quelques articulations phalangiennes.

Traitement :

Solganal A. Intraveineux. I F : 1 gr. en 63 jours.

Injectons très irrégulières, dose maxima : 0.25 gr.

Très bon résultat. La malade reste 8 mois sans arthralgies et 3 mois sans signes objectifs.

OBSERVATION N° 89

F., 35 ans.

Polyarthrite d'origine puerpérale. Gonflements synoviaux au niveau des poignets, du genou droit, d'une sterno claviculaire. Douleur au niveau d'une temporo maxillaire.

1^{re} crise douloureuse après un accouchement il y a 16 ans.

2 et 3^e crises après de nouveaux accouchements.

Recrudescence des arthralgies au cours d'une scarlatine.

Le cœur est normal.

La sédimentation globulaire et la résorcine sont normales.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.60 gr.

Injectons bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.10 gr.
Assez bon résultat. Reprise des douleurs au bout de 21 jours.
2° Crisalbine 1 f à la 2° injection. Réactions focales importantes, on interrompt le traitement.

OBSERVATION N° 90

F., 59 ans.

Polyarthrite non symétrique. Atteinte de quelques grosses articulations et des métacarpo phalangiennes d'une main. Les arthrites datent de 5 ans.

Eczéma depuis quelques années.

Traitement :

Allochrysine 1 f : 0.60 gr.

Poussée d'eczéma.

Résultat nul.

OBSERVATION N° 91

F., 65 ans.

Polyarthrite asymétrique, très étendue, ayant entraîné un mauvais état général. Les douleurs et les déformations datent de 8 ans. Les poignets, un genou, un coude, les tibio tarsiennes sont le siège de gonflements synoviaux. Aux mains des déformations articulaires sans désaxation phalangienne. Bronchite chronique très ancienne, expectoration abondante.

Traitement :

Tout d'abord on fait quelques scarifications au vaccin de Ponndorf, des lavements créosotés, une médication phosphorée, qui améliorent l'état pulmonaire et sont sans action sur les arthrites.

1° Crisalbine 1 f : 0.60 gr. en 35 jours.

Injectons hebdomadaires, dose maxima : 0.10 gr.

Bon résultat se maintenant pendant 2 mois au bout desquels on reprend l'aurothérapie.

2° Crisalbine 1 f : 0.10 gr.

A la 2° injection, il se produit des réactions focales intenses puis une très grande amélioration. Pendant un an l'état articulaire se maintient très bon puis survient une récurrence : très grosses tuméfactions synoviales, ankylose des épaules.

OBSERVATION N° 92

F., 38 ans.

Polyarthrite très sévère, subfébrile. Datant de 5 ans. Les genoux, les épaules sont touchés. Aux doigts, les gonflements synoviaux siègent aux articulations habituelles métacarpo phalangiennes et phalangiennes mais une seule main. La main gauche est indemne.

Un examen des yeux aurait montré des opacités cristalliniennes bilatérales probablement congénitales.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I F : 1.40 gr. en un mois et demi, dose maxima 0.25 gr.

Stomatite, aurides cutanées, à 1.40 gr.

Bon résultat persistant deux mois.

Deux mois après :

2° Oléosolganal B. II f : 1.40 gr. en 4 mois et une semaine.

Résultat excellent. Il ne persiste qu'une ankylose osseuse du carpe droit.

Laboratoire :

Avant la première série de Solganal : SR : 60-84-127.

Avant la deuxième série de Solganal : SR : 12-30-85.

OBSERVATION N° 93

H., 64 ans.

Polyarthrite au début. Raideurs des articulations des genoux. Gonflements synoviaux aux coudes et aux poignets. Le début date de 18 mois.

Antécédents :

Blennorrhagie il y a 18 ans. Bronchopneumonie double il y a 7 ans. Emphysème pulmonaire.

Traitement :

Solganal B aqueux II F. 3.90 gr. en 70 jours. Injections hebdomadaires, dose maxima 0.50 gr.

Bronchite à 1.40 gr., toux coqueluchoïde, herpès. Pas de signes radiologiques. Prurit ayant persisté plus de 3 mois à la suite de cette série.

Bon résultat articulaire ayant persisté 3 à 4 mois.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.160. Urée sanguine : 0.42.
SR : 41-64-104.

Au milieu de la série : SR : 57-92-110.

A la fin de la série : SR : 24-42-92.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.120. Urée sanguine : 0.38.

OBSERVATION N° 94

F., 54 ans.

Polyarthrite asymétrique ayant débuté il y a 10 mois. Gonflements synoviaux de quelques articulations phalangiennes des chevilles, d'un genou.

Traitement :

Crisalbine, série complète, probablement de type I f ayant donné un assez bon résultat articulaire, sans accidents.

OBSERVATION N° 95

F., 47 ans.

Polyarthrite avec légères arthralgies des petites articulations des mains, atteinte d'un poignet, mais par contre limitation très importante des mouvements des hanches. Grosses érosions osteo cartilagineuses des articulations coxofemorales.

L'atteinte des hanches date de 2 ans.

Antécédents :

Tendance aux ecchymoses.

Traitement :

Oleosolganal I F : 0.55 en 15 jours. Injections bi-hebdomadaires.

Néuralgie intercostale ayant persisté quelques mois. Ecchymoses. T. S. 10 minutes. T. C. 13 minutes. Très bon résultat persistant en partie, 6 mois après. Un nouvel essai de traitement, alors qu'après le traitement classique le T. S. est à 4 minutes et le T. C. à 8 minutes, amène de nouveau des ecchymoses. On cesse l'aurothérapie.

OBSERVATION N° 96

F., 58 ans.

Polyarthralgies apparues il y a un an et demi. Il n'y a pas de gonflements articulaires. La patiente ressent des raideurs, notamment dans les mains, le matin au réveil et dans les épaules et quelques douleurs au niveau des grosses articulations.

Traitement :

1° Oleosolganal II f : 0.80 en 41 jours. Injections bi-hebdomadaires. Démangeaisons, épaissement dermique à 0.80 gr. Assez bon résultat.

On reprend le traitement 12 jours après sans que le résultat soit modifié.

2° Oleosolganal II f : 2.95 gr. très progressif.

Au total résultat assez bon.

OBSERVATION N° 97

F.

Arthralgies datant de 10 ans.

Il n'existe pas de gonflements articulaires, les seuls symptômes sont des arthralgies augmentées par les mouvements et de la raideur surtout marquée au réveil.

Traitement :

Oleosolganal II f : 0.27 en 28 jours. Injections bi-hebdomadaires.

Démangeaisons à 0.22 gr. Arrêt du traitement car une numération montre une baisse leucocytaire, la formule sanguine est normale.

Résultat assez bon à ce moment qui a persisté.

OBSERVATION N° 98

H.

Ostéoarthrites destructives, ce sont surtout les grosses articulations qui sont touchées, principalement les genoux et les poignets.

Traitement :

De 2 mois en 2 mois, on a injecté :

1° Allochrysine I f : 1.20 gr. Résultat assez bon.

2° Allochrysine I f : 1.20 gr. Résultat assez bon.

3° Allochrysine 0.50 gr. + 1.80. Solganal B aqueux I f. Résultat assez bon.

4° olganal B aqueux I F : 4 gr. 10 gr. Très bon résultat. Ce fut la série la plus décisive.

Quatre mois après on refait une série :

5° Oleosolganal B I F : 1.50. Bon résultat.

Guérison clinique.

La sédimentation globulaire accélérée avant traitement est redevenue normale.

OBSERVATION N° 99

F.

Ostéoarthrites destructrices. Ce sont également surtout les grosses articulations qui sont touchées : les poignets, un genou et une hanche. La radiographie montre des érosions osseuses et un début de coalescence. Le début date de 8 à 10 ans, et a été marqué par des poussées fébriles.

Antécédents :

Rien de notable. Le mari est décédé de troubles cardiaques après une pleurésie purulente.

Au moment où le traitement est entrepris, la malade a des troubles intestinaux.

Traitement :

Allochrysine 0.50 gr. + 1.50 gr. de Solganal B aqueux.

Aucun résultat, violentes réactions focales.

OBSERVATION N° 100

H.

Polyhyarthroses. Le début des arthrites simula une crise de goutte.

Actuellement il s'agit d'hyarthroses multiples. La ponction ramène un épanchement amicrobien à lymphocytes.

Le malade est obèse, il a eu autrefois une grippe ayant laissé des troubles pulmonaires chroniques.

Traitement :

1° Allochrysine I f. : 1.60 gr.

Très légère amélioration.

réactions fébriles. En même temps une recherche d'albumine urinaire donne 0.28 gr. d'albumine. On cesse l'aurothérapie. Il semblait y avoir déjà un bon effet articulaire. Assez bon résultat par la suite.

OBSERVATION N° 101

F. 62 ans.

Polyarthrite fébrile apparue il y a quelques mois. Gonflements synoviaux des poignets, d'un genou, d'une cheville. Bronchite chronique, expectoration abondante. Il n'y a pas de BK dans les crachats.

Malade très maigre en mauvais état général.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 1.20 gr.

Amélioration ayant persisté 8 mois mais le résultat est incomplet.

2° Oleosolganal I f. Interruption pour causes extra médicales à 0.20. Résultat final inconnu.

OBSERVATION N° 102.

F., 35 ans.

Polyarthrite subaiguë post puerpérale sans lésions nettes. Il s'agit surtout de polyarthralgies siégeant au niveau des articulations du membre supérieur, notamment des mains et s'accompagnent de raideur.

La patiente a eu au début une crise fluxionnaire polyarticulaire s'accompagnant d'un abcès de gorge et d'un souffle cardiaque. Actuellement ne présente rien d'objectif, tant au point de vue articulaire que cardiaque.

Traitement :

1° Solganal B per os : 6.50 gr. en un mois environ.

2° Solganal B aqueux : 3 gr. en un mois et demi.

Très bien supporté, n'a pas eu de crises douloureuses depuis.

OBSERVATION N° 103

H., 57 ans.

Polyarthrite très sévère, non fébrile. Grosses lésions osseuses, gonflements synoviaux importants, atteinte des genoux, d'une tibiotarsienne, probablement d'une hanche, des poignets. Se déplace avec peine, doit se servir de béquilles.

Maigrissement considérable, souffre beaucoup.

On note un tophus auriculaire.

Pyorrhée très importante, mise en état de la bouche avant traitement.

Antécédents :

Troubles gastro-intestinaux qui se seraient accompagnés de pyurie.

Traitement :

Solganal B aqueux II F : 3 gr.

Réactions focales importantes avec les doses de 0.50 gr.

Au milieu du traitement (vers 1.50 gr.) le malade expectore des crachats purulents. A 3 grammes alors que la polyarthrite est peu améliorée, le patient fait une poussée de T° à 39°. Celle-ci s'établit en plateau le troisième jour, on constate un foyer mat au 1/3 moyen du poumon droit, et on assiste à l'évolution d'une pneumonie franche donnant tous les signes classiques. La mort survient le douzième jour. L'hémoculture a donné du pneumocoque. Dès le premier jour de cet épisode pneumonique il y eut une fonte brutale des éléments péri-articulaires et une disparition complète des douleurs.

Le laboratoire ne montrait avant traitement qu'une SR accélérée.

OBSERVATION N° 104

F., 50 ans.

Polyarthrite asymétrique assez discrète. Début il y a 12 ans par l'articulation métacarpo phalangienne du pouce droit. Il y a 3 ans, crise assez localisée : gonflement d'un genou, d'un poignet, avec température à 38°5.

Actuellement, il existe quelques gonflements articulaires aux genoux, à un poignet, à quelques articulations phalangiennes. Les dents sont saines. Il y a un peu de constipation et la malade accuse des douleurs, au niveau du bord inférieur du foie.

Antécédents :

Ménopause il y a 14 ans.

Un grand-père aurait eu des crises de goutte.

Traitement :

Solganal B aqueux. I F. 2.85 gr. en 2 mois. Dose maxima 0.25 gr.

Fortes réactions focales. Résultat passable.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 24-55-113.

Après traitement : SR : 21-44-94.

OBSERVATION N° 105

H., 55 ans.

Polyarthrite fluxionnaire datant de 6 mois. Poussées fébriles avec température à 40° parfois. Le salicylate aurait procuré une légère amélioration. Il n'y a pas eu d'angine avant les douleurs articulaires. Les articulations des coudes, d'un genou, d'un poignet et les phalangiennes d'une main sont le siège de gonflements fluxionnaires, la peau est rouge, chaude, tendue.

Pyorrhée alvéolo dentaire et caries nombreuses.

Le malade fait assez souvent des bronchites.

Traitement :

Oleosolganal II f : 2.50 gr.

Excellent résultat articulaire persistant depuis un an, un peu de raideur douloureuse après fatigue.

OBSERVATION N° 106

F., 51 ans.

Polyarthrite purement synoviale, fébrile (38°2 le matin). Le début eut lieu à Aix-les-Bains où la malade faisait une cure pour une arthrite sèche des genoux. Elle fut prise brusquement d'une douleur dans l'épaule droite. Actuellement les phénomènes inflammatoires sont surtout localisés à la main droite au niveau des métacarpo phalangiennes des 2°, 3° et 4° doigts. Les poignets, les genoux sont plus ou moins douloureux. La température locale des articulations douloureuses est élevée.

La patiente eut un anthrax il y a trois ans.

Traitement :

Après échec d'un traitement pluriglandulaire, la malade est mise à l'aurothérapie.

1° Oleosolganal B II f ; à 0,28 gr. survient un érythème, on suspend le traitement.

2° On reprend bientôt l'oleosolganal toujours sur le même type progressif, et après une dose de début de 0,02 gr. on injecte un total de 0.45 gr. Guérison clinique mais recommence à souffrir trois semaines après la fin de la série.

3° L'oléosolganal est repris immédiatement.

Oléosolganal II f : 1.94 en 40 jours, sans incident.

Très bon résultat final ayant persisté plus de 6 mois.

OBSERVATION N° 107

F., 41 ans.

Polyarthrite trois ans après un accouchement normal. Le début fit croire à une crise de goutte. Au bout d'un mois il y eut extension des arthrites aux chevilles. Actuellement les arthrites ne donnent pas l'impression d'un processus très inflammatoire. Les chevilles sont gonflées, gonflement des poignets, des articulations phalangiennes, sans symétrie dans les localisations. Il existe du psoriasis.

Antécédents :

Il y a 16 ans une aiguille ayant du pus tuberculeux traverse la peau en séton. Aussitôt il y eut une infection générale : adenites, furoncles, otite, mastoïdite. Du psoriasis apparaît dans la tête. Facilement essoufflée, la patiente a parfois des palpitations.

Après F. C. de trois mois, accidentelle, un examen de sang est négatif. Paludisme il y a 6 ans.

Un frère aurait eu une pleurésie tuberculeuse. De nombreux traitements auraient été essayés sans résultat.

Traitement :

Solganal B aqueux II F : 1.50 en 8 jours. Erythrodermie généralisée avec T° élevée.

Guérison clinique.

La sédimentation globulaire était très basse.

II. — ETIOLOGIE GONOCOCCIQUE PROBABLE.

OBSERVATION N° 108

F.

Ostéoarthrites importantes des carpes. Grosses lésions osseuses également à un genou. Atteinte des chevilles, des métacarpo phalangiennes d'une main.

Début il y a 6 ans. Mais autrefois la malade avait eu des douleurs articulaires ayant coïncidé avec des poussées métriques et des pertes verdâtres. Il y aurait eu à cette époque un peu de cystite.

Traitement :

Des injections de vaccin de Lautier auraient donné une grosse amélioration au prix de grosses réactions générales et focales. Le vaccin de Ponndorf fait ensuite, donne un assez bon résultat articulaire.

1° Allochrysine 1 f : 1 gr. en 3 mois. En même temps la malade reçoit des injections intraveineuses d'iodhéma et prend de l'extrait d'ovaire par la bouche.

Bon résultat.

Légère récurrence au bout de 2 mois et demi.

2° On reprend au bout de 3 mois avec :

Crisalbine 1 f : 1.20 gr. en 2 mois environ.

Assez bon résultat.

3° Un mois après la série précédente :

Solganal B aqueux 11 F : 4.25 gr. en 4 mois environ. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0.50 gr.

Résultat assez bon, mais grosse fatigue, aurides cutanées et vulvite.

Récurrence 3 mois après cette série.

Dans l'ensemble les sels d'or ont donné un résultat moins favorable que les différents vaccins.

Laboratoire :

Avant le Solganal : Constante d'Ambard : 0.084. Urée sanguine : 0.30.

Après le Solganal : Constante d'Ambard : 0.100. Urée sanguine : 0.30.

OBSERVATION N° 109

H., 35 ans.

Polyarthrite fébrile très sévère, localisations nombreuses, aux poignets, à une épaule. Un genou, très douloureux, est le siège d'une volumineuse hydarthrose datant de 6 mois.

Antécédents :

Ancienne blennorragie sévère.

Mère : 1 fausse couche.

Traitement :

Oleosolganal B II F : 5.40 gr. en 38 jours. Injections hebdomadaires, puis bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.60 gr.

Bronchite à 5.40 gr.

Résultat nul.

Il y avait eu une amélioration entre 0.50 et 2.40 gr.

Les traitements recalcifiants, mis en œuvre ultérieurement, agissent mieux que le Solganal.

Laboratoire :

Sédimentation accélérée.

Gonoréaction : très positive. (+ + +).

OBSERVATION N° 110

H., 60 ans.

Polyarthrite datant de 17 ans. A la main droite, qui est la plus atteinte, les arthrites ont déjà évolué vers le type atrophique. Les 2° et 3° articulations métacarpo phalangiennes sont touchées ainsi que la 4° phalango-phalangienne.

Les genoux sont le siège de gros gonflements synoviaux. Ils sont très douloureux.

Traitement :

Solganal B. aqueux II F. : 3.50 gr. en 39 jours.

Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.50 gr.

Fatigue. Résultat inconnu.

Laboratoire :

Gono réaction faiblement positive (+). Résorcine : 76.

Avant traitement : SR : 32-48-81.

Après traitement : SR : 20-35-66.

OBSERVATION N° 111

F., 60 ans.

Polyarthrite purement synoviale. Atteinte des épaules, des coudes, d'une main. Un poignet, les métacarpophalangiennes des 2° et 3° doigts sont le siège de gonflements importants. Ces gonflements existent depuis 18 mois, mais la malade a eu une première crise polyarticulaire il y a 23 ans. Il y a 10 ans, en l'espace de quelques mois elle eut deux épisodes aigus avec gonflements des pieds et des poignets.

Antécédents :

La malade a eu une grosse métrite et une salpingite aiguë à 30 ans. Un frère et ses deux enfants sont tuberculeux.

Traitement :

Crisalbine I f : 0.15 gr.

Amélioration nette des douleurs après 3 injections.

Résultat final inconnu.

Laboratoire :

Gono réaction partiellement positive.

Résorcine : 22.

SR : 52-85-115.

III. ETIOLOGIE SYPHILITIQUE PROBABLE

OBSERVATION N° 112

F., 31 ans.

Polyarthralgies sans gonflements articulaires :

a) Première crise de R.A.A. à 16 ans.

b) Il y a 3 ans, 4 mois après accouchement : crise polyarticulaire avec angine, ayant laissé une insuffisance mitrale. T° 38°-39°.

c) Il y a un an, troisième crise polyarticulaire, précédée d'une angine, température élevée pendant un mois, malgré un traitement Salycilé intense, par différentes voies.

Pertes verdâtres depuis 3 ans.

1 enfant mort-né, puis

3 F. C., puis

1 fille bien portante.

Traitement :

Echec du Salicylate na, sous différentes formes, de l'extrait de corps jaune et du lipiodol.

La malade est mise aux sels d'or :

1° Solganal B. Aqueux, début de traitement I F : 0.65 gr.

Bon résultat.

On arrête les sels d'or pour faire un traitement spécifique.

La suite de l'observation montre qu'il s'agissait d'un début de polyarthrite.

A la suite du traitement par le novarsenobenzol et le bismuth, apparaissent des gonflements phalangiens et métacarpo phalangiens non symétriques.

Laboratoire :

Avant Solganal : S. R. 38-63-111. Résorcine : 44. Vernes : 34. Séro : logie de la Syphilis très positive. Gono Réaction : + +.

OBSERVATION N° 113

F., 31 ans.

Polysynovites et arthrites.

Polysynovites ayant débuté par une petite bronchite.

Convulsions dans la première enfance.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I f : 1.75 gr. + 2 gr. de Sulfarsenol en 2 mois environ.

Effet incertain.

Deux mois plus tard :

2° Solganal B aqueux I F : 2.70 gr. + Sulfarsenol (2 gr. environ).

Effet nul.

3° Solganal II f : 2 gr. + Gluconate de Calcium + vitamine D..

Amélioration, mais rechute deux mois après.

Laboratoire :

Avant tout traitement : SR : 20-56-108. Hecht suspect ($\div$).

B. W. avec l'antigène de Desmoulières : positif. + +.

OBSERVATION N° 114

H., 26 ans.

Polyarthralgies, un peu de raideur entraînant une limitation des mouvements d'une épaule et des coudes.

Début il y a 2 mois, évolution subfébrile.

Traitement :

Allochrysine I f : 0.75 gr.

Injectons bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.05 gr.

En même temps que l'Allochrysine le malade prend des cachets de Gambéol.

Très bon résultat.

Laboratoire :

Réaction de Desmoulières : positif (+ +).

Réaction de Kahn : positif (+ +).

Résorcine : 71.

IV. — ORIGINE TUBERCULEUSE PROBABLE

OBSERVATION N° 115

H., 49 ans.

Polyarthrite datant de 8 ans. Au membre supérieur droit, atteinte d'un poignet et d'une épaule, à gauche atteinte de la phalangienne proximale du 3° doigt et des métacarpo phalangiennes des 2° et 3° doigts. Le poignet droit est gonflé, chaud, douloureux à importante participation osseuse, et donne l'impression d'une pseudo tumeur blanche.

Le malade est un emphysémateux.

Traitement :

1° Solganal B aqueux. II f : 0.38 gr. en 18 jours. Injectons bi-hebdomadaires, interrompues par une congestion pulmonaire.

Résultat assez bon.

2° Allochrysine I f : 0.40 gr. A la quatrième injection, le malade fait à nouveau une congestion pulmonaire.

Il n'y a pas de BK dans les crachats, mais l'examen radiographique

montre des lésions tuberculeuses d'évolution torpide

3° Oleosolganal I F : 3 gr.

Bon résultat final.

OBSERVATION N° 116

F., 46 ans.

Polyarthrite. Forme indéterminée.

Antécédents :

Pneumonie, pleurésie séro-fibrineuse.

Traitement :

Après 4 applications de vaccin de Ponndorf qui donnent une grosse amélioration articulaire, la patiente est mise à l'aurothérapie. Elle reçoit une série d'or tous les 2 mois environ.

1° Allochrysine I f : 1.20 gr.

Bon résultat.

2° Allochrysine I f : 1.20 gr.

Bon résultat.

3° Crisalbine I f : 1.50 gr.

Bon résultat articulaire, mais apparition d'une conjonctivite, d'aurides parakératosiques, et de prurit vulvaire et anal.

4° Crisalbine I f : 1.50 gr.

6 semaines après cette série apparaissent des troubles dyspnéïques et quelques palpitations. Très bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Sédimentation et Résorcine élevée.

OLIGOARTHRITES

I. ORIGINE INCONNUE OU TRES DOUTEUSE

OBSERVATION N° 117

F., 45 ans.

Oligoarthrite. Atteinte des genoux et des épaules. Aux genoux peut-être s'agit-il de lipo-arthrite. Début il y a 6 mois par une épaule.

Antécédents :

Sciatique il y a 16 ans. Episode génito urinaire il y a une dizaine d'années. Il y aurait eu de la cystite et des pertes jaunâtres.

Traitement :

On aurait pratiqué sans résultat des séries de Dmégon et de Naïodine.

1° Allochrysine I f : 0.85 gr. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0.05 gr.

Stomatite, céphalée persistante pendant le traitement.

Résultat assez bon. Amélioration nette des membres supérieurs, pas d'amélioration aux genoux.

OBSERVATION N° 118

F., 69 ans.

Depuis un mois, déformations très discrètes, les poignets sont un peu gonflés, un genou est douloureux et chaud. Aux mains, rhumatisme d'Heberden apparu il y a plusieurs années.

Tremblement parkinsonien.

La mère de la malade est morte tuberculeuse 6 mois après la naissance de celle-ci.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 1.85 gr. Dose maxima 0.10 gr.

Résultat passable.

2° Solganal B aqueux I F : 4.85 gr. en 4 mois.

Bon résultat.

Erythémie transitoire avec une injection de Crisalbine. I. V. intercalée entre deux injections de Solganal.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 46-74-112. Résorcine : 60.

Après Allochrysine : SR : 13-25-85.

Après Solganal : R : 8-19-74.

Avant Allochrysine : Constante d'Ambard : 0,097. Urée sanguine : 0.29.

Après 4.85 gr. de Solganal : Constante d'Ambard : 0.061. Urée : 0.21.

OBSERVATION N° 119

F.

Oligoarthrite datant de 8 ans. Atteintes des poignets, d'un genou et d'une cheville. Gonflements uniquement synoviaux. Rhumatisme d'Heberden existant depuis de longues années.

Traitement :

Allochrysine I f : 0.60 gr. en un mois et demi.

Injections bi-hebdomadaires.

Prurit à 0.10 gr. Stomatite légère à 1.25 gr.

Assez bon résultat n'ayant persisté que 15 jours.

OBSERVATION N° 120

H., 76 ans.

Oligoarthrite à tendance symétrique. Les mains sont seules touchées. Atteinte des métacarpo phalangiennes et de deux phalangiennes proximales, grosses lésions osseuses radiologiques.

Traitement :

Crisalbine I f. Injections bien supportées.

Résultat inconnu.

OBSERVATION N° 121

F., 62 ans.

Arthrite inflammatoire des genoux et des épaules. Les épaules sont simplement enraidies et un peu douloureuses à la pression. Les genoux sont gonflés, chauds et douloureux. Le début suivit l'apparition d'une phlébite variqueuse il y a 2 ans. Evolution subfébrile. Pyorrhée alvéolo-dentaire étendue. Bronchite chronique.

Une fille est morte de méningite, un frère aurait du rhumatisme.

Traitement :

1° Oleosolganal B, I F : 2,95 grs en 64 jours. Bi-hebdomadaire. Dose maxima 0.25 gr.

Fatigue, prurit, quelques aurides maculeuses transitoires.

Bon résultat articulaire.

Au bout de 2 mois on pratique une série de consolidation.

2° Oleosolganal B I F : 2.25 gr. en 49 jours. Bi-hebdomadaire, puis hebdomadaire.

A 1,25 gr. apparaissent successivement du prurit et un érythème. Desquamation consécutive qui durera une vingtaine de jours. Bon résultat articulaire.

3° Oleosolganal B I F : 3.20 gr. en trois mois environ.

Prurit. Bon résultat final.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 35-79-121. Constante d'Ambard : 0.090.
Urée : 0.39.

OBSERVATION N° 122

F., 46 ans.

Arthrite du genou qui est gros, tendu, chaud et douloureux, la flexion est légèrement limitée. Quelques douleurs accompagnées d'un très léger gonflement aux poignets. La température est au-dessus de 37°5 depuis 13 mois.

Règles régulières.

Antécédents :

Adénites cervicales de la 2° enfance.

Phlébite il y a 30 ans.

Congestion pulmonaire il y a 4 ans.

Mari bronchiteux.

Père mort tuberculeux, il aurait eu du rhumatisme déformant.

Traitement :

1° Allochrysine I f. 10 injections de doses inconnues.

Pas de résultat.

2° Allochrysine 0,65 gr. + Crisalbine : 0.50 gr. I f. Amélioration. Résultat assez bon.

2 mois et demi plus tard, on fait une troisième série d'or :

3° Crisalbine II F : 3.25 gr. Dose maxima 0.50 gr.

Diarrhée, puis aurides lenticulaires transitoires en fin de série.
Guérison clinique du genou se maintenant trois mois après.

Laboratoire :

Au début de la deuxième série : SR : 10-25-75.

Après la troisième série : SR : 30-62-105.

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.125. Urée sanguine : 0.40.

Au milieu de la 2^e série : Constante d'Ambard : 0.083. Urée sanguine : 0.36.

Après la 3^e série : Constante d'Ambard : 0.100. Urée sanguine : 0.38.

OBSERVATION N° 123

H., 60 ans.

Hydarthrose bilatérale des genoux, ayant débuté il y a quelques mois. Le malade a eu autrefois des crises de Rhumatisme articulaire aigu.

Notamment, il y a 28 ans, une crise douloureuse polyarticulaire généralisée, avec température à 40°, précédée d'une angine a été jugulée rapidement par le Salicylate de soude. Il y a trois ans, il eut quelques douleurs lombaires. Il y a 2 ans et demi, nouvelle crise aiguë généralisée, réagissant très bien au Salicylate de soude. Le patient ne se rappelle pas si elle succéda à une angine.

Petite épiphyse discrète.

Cœur normal.

Antécédents :

Mère morte à 53 ans, elle aurait également eu des crises de rhumatisme articulaire aigu.

Traitement :

Après quelques scarifications au vaccin de Ponndorf qui donnent peu de résultat, on essaie quelques injections d'allochrysine intra-articulaire.

1^o Allochrysine intra-articulaire : 0.02. Pas de réaction. Puis 0.05, très violente réaction locale et générale puis amélioration de l'hydarthrose.

On continue l'allochrysine en injections intramusculaires. Amélioration des douleurs dès la quatrième injection.

Assez bon résultat.

Laboratoire :

Résorcine : 56.

OBSERVATION N° 124

F., 40 ans.

Arthrite des genoux, avec décalcification radiologique s'accompagnant d'Hydarthrose. Début il y a 8 ans.

Traitement :

Allochrysine 1 f. 4 à 5 injections de 0.10 gr.

Stomatite. Très bon résultat.

Laboratoire :
Résorcine : 73.

OBSERVATION N° 125

F., 53 ans.

Hydarthrose des genoux datant de 6 mois. En même temps existe du Rhumatisme d'Heberden aux mains.

Traitement :

Crisalbine I F : 0.90 gr. en 16 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.25 gr.

Stomatite, prurit vulvaire ayant débuté à 0.90 et ayant duré plus de 10 mois.

Au niveau des genoux, bon résultat, ayant persisté plus de 10 mois.

Laboratoire :

Cholestérolémie basse. Sédimentation accélérée.

OBSERVATION N° 126

F., 37 ans.

Arthrite des genoux s'étant manifestée il y a 6 mois par des douleurs, exagérées par la fatigue. Apparition de tuméfactions synoviales il y a 2 mois et demi.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.15 gr.

Fortes réactions focales. Résultat à peu près nul.

2° Solganal B aqueux I F : 1.10 gr.

Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima 0.25 gr.

Réactions focales encore plus fortes qu'avec la Crisalbine. De plus, réactions thermiques importantes. Arrêt du traitement car les articulations vont de plus mal en plus mal. Mauvais résultat immédiat, mais assez bon résultat final quelques semaines après la fin de la série.

Laboratoire :

SR : 56-86-117.

OBSERVATION N° 127

H., 38 ans.

Arthrite des genoux. Flexion limitée, empâtement synovial, douloureux. Elévation de la température locale. Chaque poussée douloureuse est précédée d'une rhino-bronchite.

Il y a 10 ans, réaction intense à un essai de traitement antisyphilitique. Son père et un oncle sont morts tuberculeux.

Traitement :

Solganal B I F. 3.90 gr.

Guérison clinique : pas d'incidents.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 14-36-106.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.130. Urée sanguine : 0.35.
Traces d'albumine.

OBSERVATION N° 128

H., 21 ans.

Hydarthrose des genoux bilatérale et récidivante. Douleurs au niveau des tendons d'Achille, où de temps à autre l'examen permet de palper une tuméfaction résistante et douloureuse au point d'insertion calcanéen. La première manifestation de cette hydarthrose date de 3 ans et demi.

Talalgie gauche il y a 5 ans. Actuellement, talalgie droite. Les radiographies montrent des épines osseuses calcanéennes.

Antécédents :

Bronchites fréquentes depuis l'âge de 15 ans.

Le patient nie avoir eu une blennorrhagie, Cependant de temps à autre il existe une goutte uréthrale au réveil.

Traitement :

1° Oléosolganal B. II F. 4 gr. en 35 jours. Dose maxima : 0.60 gr.

Irritation de la gorge, toux coqueluchoïde sans expectoration, puis apparaissent des signes de bronchite diffuse et expectoration gommeuse, ayant persisté avec de petites accalmies pendant 4 mois environ.

Très bon résultat articulaire, ayant persisté 6 mois.

2° Nouvelle série d'Oléosolganal B II f. : 0.28, interrompue par une autre bronchite.

Bon résultat articulaire. Le talon gauche est redevenu douloureux à la marche.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.074. Urée sanguine : 0.29.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.078. Urée sanguine : 0.29.

OBSERVATION N° 129

F., 48 ans.

Arthrite d'un genou. Genou gros. Gonflement nettement synovial, évolution froide sans élévation de la température locale et générale. Douleur à la marche et au repos. Genu valgum. La radiographie donne un cliché d'arthrose avec becs ostéophytiques.

Traitement :

Une série d'injections d'iodhema est suivie d'une éruption parakératonique. On appareille le genou et le malade est mis au gluconate de calcium. Une compresse radioactive est appliquée sur le genou. Le bénéfice articulaire est peu évident. On tente l'aurothérapie.

1° Solganal B aqueux II f. : 1.53 gr.

Une éosinophilie importante fait interrompre le traitement prématurément.

Bon résultat articulaire.

2° Trois mois plus tard on fait un nouvel essai de traitement sans se préoccuper de la poussée éosinophilique qui survient encore.

Oléosolganal I f. 1.50.

Guérison clinique.

Laboratoire :

SR : 5-8-72 1/2.

OBSERVATION N° 130

H.

Grosse bursite suscalcanéenne, bilatérale datant de 2 mois et récidivant rapidement après une ablation chirurgicale. La première manifestation date de 12 ans.

Traitement :

Oléosolganal B II F : 4.60 gr. en 35 jours. Injections hebdomadaires. Dose maxima 0.60 gr.

Très bon résultat.

OBSERVATION N° 131

H., 57 ans.

Arthrite des poignets et de la tibio tarsienne gauche. Au niveau des poignets : formations kystoïdes, limitation des mouvements. Au pied, gonflement de la cheville, douleurs à la pression de l'interligne, et à la marche.

Traitement :

Crisalbine I f : 1 gr.

Echec.

Laboratoire :

SR : 53-83-121.

OBSERVATION N° 132

F., 66 ans.

Arthrite sterno claviculaire droite datant de trois mois. Arthralgies vagues surtout au niveau des membres inférieurs. Rétraction des aponévroses palmaires datant de 8 ans.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 1 gr. en 148 jours. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0.05 gr.

Aurides circlinées squameuses à 0.90 gr., ayant persisté pendant 2 mois. Bon résultat. Au bout de 11 mois survient une petite récurrence et la patiente prend 4 gr. de Solganal B en dragées de 0.01 gr., en 13 semaines.

Très bon résultat articulaire mais eczéma vulvaire tenace.

Laboratoire :
Sédimentation accélérée.

OBSERVATION N° 133

F., 51 ans.

Coxarthrie. La radiographie montre des déformations du type Calot. Importantes subluxations. Evolution subfébrile. Nombreuses bronchites, la radiographie ne montre pas d'image tuberculeuse indiscutable.

Traitement :

Quelques scarifications au vaccin de Ponndorf amènent une amélioration incertaine et transitoire. On tente une série de

1° Crisalbine I f : 1 gr. Dose maxima 0.10.

Echec.

Laboratoire :
Résorcine : 19.

OBSERVATION N° 134

Arthrite des hanches. A la marche, la douleur est avant tout une gonalgie. Les hanches sont douloureuses à la mobilisation, un peu limitées. Les mouvements de rotation sont possibles. La radiographie montre un petit pincement supérieur de l'interligne avec condensation des cotyles.

Antécédents :

Blennorragie sévère à l'âge de 20 ans.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.70 gr. Dose maxima 0.10 gr.

A la première injection de 0.10 gr., éruption maculeuse transitoire. Réactions focales au début de la série. Assez bon résultat articulaire.

Un traitement mixte par le Sulfarsenol et le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur ne donne pas un résultat net. 2 mois après on revient aux sels d'or.

2° Oleosolganal B II F : 4.60 gr. en un mois et demi. Dose maxima : 0.60 gr.

Petite éruption maculeuse transitoire à 1.40 gr.

Très bon résultat objectif ayant persisté 2 mois.

3° Oleosolganal I F : 2.30 gr.

Réactions focales intenses à la 8^e et à la 9^e injections, apparition de quelques furoncles.

Très bon résultat final.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.100. Urée sanguine : 0.41.

Avant la deuxième série de Solganal : Constante d'Ambard : 0.072.
Urée sanguine : 0.34.

Avant la troisième série de Solganal : Constante d'Ambard : 0.111.
Urée sanguine : 0.45.

OBSERVATION N° 135

H., 46 ans.

Arthrite des 2 hanches. Limitation des mouvements surtout de l'adduction et de la Rotation. La radiographie montre un pincement supérieur de l'interligne adiculaire. Début il y a 5 ans.

Traitement :

I° Solganal B aqueux II F. 5.80 gr. en 4 mois, conjointement à un traitement recalcifiant. Injections irrégulières. Dose maxima 0.50 gr.

Les injections de 0.50 gr. sont suivies de coliques et de diarrhée. Le patient termine la série très fatigué. Résultat nul.

Une amélioration fut obtenue ultérieurement par les Rayons X.

Laboratoire :

SR : 11-27-63. Résorcine : 21.

II. — OLIGOARTHRITES PROBABLEMENT GONOCOCCIQUES.

OBSERVATION N° 136

H., 39 ans.

Hydarthrose d'un genou, tuméfactions synoviales des phalangiennes distales d'une main. Ebauche de déformations en radis. Ces phénomènes articulaires ont succédé à une blennorragie récente.

Traitement :

Allochrysine I f : 0.30 gr. Dose maxima : 0.05 gr.
Résultat nul.

Laboratoire :

Résorcine : 75. Gonoréaction : partiellement positive (+).

OBSERVATION N° 137

F., 65 ans.

Crise polyarticulaire datant de 2 ans à laquelle aurait succédé l'arthrite du genou que l'on constate actuellement. Le genou est modérément gonflé, la peau est tendue, rouge, douloureuse à la palpation. Il semble y avoir du liquide sous tension. La température est à 37°5-38°.

Le patient aurait eu autrefois des crises polyarticulaires précédées d'angine.

Traitement :

Allochrysine I f : 0.45 gr. Dose maxima : 0.05 gr.
Amélioration remarquable.

Laboratoire :

Gono Réactions : positive (+ +). Résorcine : 24.

OBSERVATION N° 138

H., 53 ans.

Oligoarthritis ayant débuté par une crise au niveau d'un orteil il y a 10 ans. Actuellement arthrite des tibiotarsiennes et douleurs rétrocalcaneennes.

Psoriasis.

Double lésion aortique.

Nombreuses blennorrhagies anciennes.

Traitement :

Allochrysine I f. A la septième injection surviennent des aurides érythémateuses et une stomatite. Résultat inconnu.

SR : 27-53-93. Résorcine : 88. Gono Réaction : très positive (+++).

OBSERVATION N° 139

H., 36 ans.

Synovite gonococcique bilatérale datant de 8 jours. Douleur temporo-maxillaire. Au niveau des gaines des extenseurs du pied et des muscles jambiers, gonflement et rougeur. La marche ne peut s'effectuer qu'à tout petits pas.

Crises polyarticulaires autrefois, succédant à une angine et réagissant favorablement au Salicylate ; ce sont probablement des crises de R.A.A. Elles n'ont pas laissé de séquelles cardiaques.

Blennorrhagie aiguë quand le malade est mis au Solganal.

Traitement :

Solganal B aqueux I F. 1.20 gr. en 31 jours.

Fatigue, réaction thermique à la première injection. Résultat excellent. La Blennorrhagie traitée par des balsamiques est terminée à la fin de la série de Solganal.

Deux mois après le malade revient avec une déformation en radio d'une phalange.

Laboratoire :

SR : très accélérée.

OBSERVATION N° 140

H., 67 ans.

Arthrite des genoux. Les genoux sont gonflés, chauds, limités dans la flexion et dans l'extension. Les douleurs sont très modérées, il y a des craquements fins à la mobilisation.

La première atteinte date de 42 ans.

Les manifestations actuelles durent depuis 2 mois.

Le patient a eu pendant son adolescence des crises de Rhumatisme parfois sévères à localisations typiques.

La dernière blennorrhagie date de 10 ans.

Traitement :

Après échec d'une série d'injections de Thiophan, le patient est mis à l'aurothérapie.

1° Oleosolganal I F : 3 gr. en 43 jours. Injections hebdomadaires. Dose maxima 0.25 gr.

Poussée d'inflammation gingivale après chaque piqûre : durée 24 heures. Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Avant traitement : SR 10-30-65. Gono Réaction : partiellement positive (+).

Après Solganal : traces d'albumine urinaire. Urée : 0.33.

OBSERVATION N° 141

H., 28 ans.

Arthrite des 2 pieds. Marche difficile. Raideur des articulations tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes. Pied plat à droite. La radiographie montre une atteinte, un flou et une décalcification des articulations calcanéo-cuboïdiennes.

Signe de la queue du sourcil.

Antécédents :

Bronchites à répétition.

Pas de blennorragie (mais une G R positive).

Une sœur aurait souffert de rhumatisme.

Traitement :

Après une série d'immuno vaccin, qui donne une amélioration transitoire et l'échec de quelques scarifications au vaccin de Ponndorf, le patient est mis au Sulfarsenol et au vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. Le résultat est nul, le sulfarsenol étant mal supporté et donnant de la diarrhée. Pendant ce temps, le rhumatisme tend à devenir polyarticulaire, des déformations en radis apparaissent aux phalanges des doigts des mains, les chevilles gonflent, une nodosité juxta olécranienne gêne l'extension du coude. Une série d'injections d'autosérum ne donne aucun résultat. Le malade est mis au Solganal.

1° Solganal B aqueux I f : 0.65 gr. en 25 jours.

La série est interrompue par de très violentes réactions focales.

Laboratoire :

Gonoréaction très positive (+++). Résorcine : 28. Uricémie : 0.058.

OBSERVATION N° 142.

H., 32 ans.

Rhumatisme gonococcique des chevilles, les chevilles sont gonflées, l'interligne tibio tarsien est douloureux à la pression. L'ampleur des mouvements est limitée.

Le malade a fait plusieurs crises de R. A. A., la première date de 14 ans.

Au cours d'une blennorragie il y eut réactivation du rhumatisme.

Traitement :

Allochrysine I f : 0.05 gr.

La série est interrompue par des réactions focales et générales.

Résultat nul.

OBSERVATION N° 143

H., 33 ans.

Arthrite des chevilles et des genoux, qui ont suivi une grippe assez grave. Evolution subfébrile. Les chevilles sont gonflées, et enraidies. Aux genoux : tuméfactions synoviales assez résistantes, il y a un léger degré d'Hydarthrose.

Le Salicylate de soude par la bouche s'est montré inactif, une série d'immuno vaccin a été suivie d'une amélioration qui a persisté 2 mois et qui fut interrompue par une poussée violente avec température élevée.

Antécédents :

Depuis 1912 aurait eu quatre crises de R. A. A. traitées avec succès par le salicylate de soude. Il y a eu deux blennorragies : l'une date de 10 ans, l'autre de 4 ans. Il persiste un léger suintement matinal.

Traitement :

Un essai d'iodhema intraveineux est suivi d'une poussée articulaire.

1° Allochrysine, I f : 1.20 gr.

Très bon résultat. Pas d'incidents.

Laboratoire :

Gonorréaction : très positive (+ + +).

Avant traitement : Résorcine : 120.

Après traitement : Résorcine : 55. SR : 3-6-25.

III. — OLIGOARTHRITES PROBABLEMENT SYPHILITIQUE

OBSERVATION N° 144

F., 49 ans.

Oligoarthrites très douloureuses. Atteinte des genoux, d'un poignet. Douleurs vagues sans signes objectifs, parfois à topographie radiculaire. Pied plat avec œdème. Pertes blanches abondantes.

Kyste thyroïdien.

Inégalité pupillaire.

Réflexes achilléens abolis.

Antécédents :

Ménopause il y a un an.

Opérée à 13 ans d'un polype nasal et de végétations.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.50 gr. Dose maxima 0.05 gr.

Résultat passable.

Une série de Sulfarsenol (4.32 gr.) + 12 ampoules de Bivatol procure une très grande amélioration articulaire.

2° Crisalbine I F : 3.95 gr. en 3 mois et demi. Injections hebdomadaires.

Résultat passable.

Auride rétroauriculaire qui persistera et s'eczématisera à la suite d'un traitement ultérieur par le novarsenobenzol.

Au total les sels d'or ont donné peu d'amélioration et c'est le traitement anti-syphilitique classique qui finira par améliorer les arthrites.

Laboratoire :

Après la première série de Crisalbine : BW partiellement positif (+).

PL : BW positif (+ +). Benjoin colloïdal : négatif. Constante d'Ambard : 0.130. Urée sanguine : 0.57.

Après la série de Sulfar-Bivatol : Constante d'Ambard : 0.120. Urée sanguine : 0.42.

Après la deuxième série de Crisalbine, les examens effectués sur le liquide céphalo rachidien donnent :

Albumine : 0.18. Eléments : 0.8. BW partiellement positif (+).

OBSERVATION N° 145

F., 43 ans.

Oligoarthrite. Atteinte des genoux, qui sont gonflés et douloureux, d'une cheville et du coude gauche. Le début de ces manifestations remonte à 6 mois.

A la jambe gauche une gomme s'ulcérera en cours de traitement.

Traitement :

1° Solganal B aqueux I f : 0.85 gr. en 81 jours + 10 ampoules de Bivatol.

Injections irrégulières. Erythémie sans prurit, transitoire.

Assez bon résultat.

2° On recommence aussitôt :

Oléosolganal B I f : 2 gr. qui donnent des Réactions focales et une poussée douloureuse qui durera trois mois.

Mauvais résultat final.

Laboratoire :

BW très positif (+ + +).

OBSERVATION N° 146

H., 62 ans.

Arthrites médiotarsiennes, qui semblent être les séquelles de crises polyarticulaires avec angines dont la première remonte à 32 ans. Les pieds

sont gonflés et douloureux. Surtout au pied gauche, la radiographie montre de grosses lésions osseuses du tarse.

Syphilis ancienne connue et traitée irrégulièrement, cependant les réactions de la syphilis sont négatives.

Traitement :

1° Oleosolganal B II f : 2.26 gr. en 59 jours.

Injectons bi-hebdomadaires.

Très bon résultat articulaire.

Laboratoire :

La sédimentation est accélérée.

OBSERVATION N° 147

H., 52 ans.

Aspect mixte d'arthrose et d'arthrite. Atteinte des hanches et des genoux, l'aspect radiologique est celui d'une arthrose mais il y a un gonflement synovial important aux genoux. On note de la leucoplasie.

Antécédents :

Chancre il y a une vingtaine d'années.

Traitement :

Oleosolganal I F : 2.45 gr. en 1 mois et demi. Dose maxima 0.25 gr.

Très bon résultat.

Une stomatite opaline se développe en fin de traitement sur une plaque leucoplasique, elle durera plus de 6 mois.

Laboratoire :

BW partiellement positif (+).

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.077. Urée sanguine : 0.35.

Au milieu de la série de Solganal : traces d'albumine urinaire.

OBSERVATION N° 148

H., 50 ans.

Oligoarthrite, atteinte des genoux, et de quelques autres grosses articulations. Début par phlébite. Evolution subfébrile. Alcoolique certain. Foie preccirhotique. Entérite.

Traitement :

Le Sulfarsenol donne des crises nitritoïdes.

1° Solganal B aqueux I F. 2.50 gr.

Bon résultat articulaire.

Aurides cutanées.

Laboratoire :

BW positif (+ +).

OBSERVATION N° 149

H., 55 ans.

Arthrite proliférative des genoux. Evolution apyrétique. Les genoux sont gros, la peau mince et tendue est chaude et luisante. Le début date de 1 mois.

Syphilis ancienne connue.

Le BW est négatif depuis 6 ans.

Traitement :

1° Crisalbine I F : 3.40 gr. en 97 jours. Injections hebdomadaires puis bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.25 gr.

Bon résultat, durée 7 mois.

Au bout de 7 mois, légère récédive.

2° Crisalbine I f. 0.60 gr. Dose maxima : 0.10 gr.

A 0.60, légère bronchite, fatigue.

Bon résultat articulaire.

Laboratoire :

Sédimentation accélérée, BW négatif.

IV. OLIGOARTHRITES PROBABLEMENT TUBERCULEUSES

OBSERVATION N° 150

H., 59 ans.

Enormes arthrites avec exsudat et empâtement synovial du genou gauche et de la cheville gauche, gros ganglions dans l'aîne gauche. Vestiges de lésion très améliorée des poignets.

Radiologiquement : importantes érosions floues avec décalcification. Début il y a 4 ans par les poignets.

Antécédents :

Pleurésie en 1927.

Marié 2 fois.

1 fils du premier lit bien portant.

La première femme a fait 3 F. C. et est décédée à la suite de la 3°.

Traitement :

Oléosolganal II F : 3.12 gr.

Injections bi-hebdomadaires puis hebdomadaires en 2 mois.

Très bon résultat, il persiste seulement l'impossibilité d'étendre la jambe.

Laboratoire :

Avant traitement : S.R. 47-72-114. Résorcine : 51. Sero E : négative.

Gono Réaction : négative.

Après le Solganal : Constante d'Ambard : 0.13. Urée : 0.55. Albumine : traces. Résorcine : 7.

3 mois après : Constante d'Ambard : 0.13. Urée : 0.50. Albumine : 0.

OBSERVATION N° 151

F., 30 ans.

Oligoarthritis, probablement tuberculeuse des genoux, avec grosse décalcification radiologique. Hydarthrose et Psoriasis, depuis l'âge de 16 ans. Le poignet gauche est gonflé, douloureux, les mouvements sont limités. Début il y a 4 ans.

Antécédents :

Mère : Rhumatisme d'Heberden.

Mari : Tuberculose fibreuse.

Voix un peu couverte, bronchite traînante il y a 4 ans. A l'âge de 11 ans : douleurs passagères dans les doigts. A 20 ans : nouvelles arthralgies dans les doigts ; métrite post nuptiale, petite métrite actuellement encore. Poumons radiologiquement normaux.

Traitement :

Après quelques scarifications au vaccin de Ponndorf, grosse amélioration articulaire, moins de douleurs et moins de gonflement.

1° Crisalbine 1 f : 1.50 gr. en 4 mois. Dose maxima : 0.10 gr.

Eruption psoriasiforme : 1.50 gr.

Très bon résultat. Plus de liquide, plus de douleurs ni de gonflement, il persiste une grosse lésion radiologique avec pincement de l'interligne.

1 mois après la malade est mise au :

Solganal buccal : 2.44 gr. en 1 mois.

Très bon résultat articulaire.

Aurides puis Erythrodermie du cuir chevelu, chute des cheveux.

Une nouvelle amélioration focale est obtenue par une nouvelle série de vaccin de Ponndorf.

En même temps le malade observe que les dents de la mâchoire supérieure s'écartent.

Laboratoire :

B.W. négatif. Gono Réaction : négative. Résorcine : 16.

OBSERVATION N° 152

F., 28 ans.

Arthrite fongueuse tuberculeuse du genou. Gros genou tendu, douloureux. Le creux poplité est comblé par des formations inflammatoires qui gênent la flexion. T° subfébrile.

Entérite sanglante,

Cachexie.

Traitement :

Crisalbine 1 f : 0.15 gr. en 2 injections : 0.05 gr. + 0.10 gr.

Eruption transitoire à la deuxième.

Résultat bon.

OBSERVATION N° 153

H., 49 ans.

Osteoarthritis du genou probablement tuberculeuse.

Début il y a 1 an.

Gros genou droit tendu, un peu chaud, empâté, douleur provoquée à l'interligne ; la flexion est limitée à 90°, le creux poplité est comblé par des formations synoviales.

Antécédents :

Blennorragie. Bronchites fréquentes.

Traitement :

Solganal B. Aqueux II F : 2.40 gr. en 21 jours. 1 injection bi-hebdomadaire. Dose maxima : 0.50 gr.

Bronchite : B.K. + dans les crachats.

Réactions focales fortes. Amaigrissement considérable (8 kilos).

Résultat nul immédiatement, amélioration tardive.

Assez bon résultat final.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.140. Urée : 0.29.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.100. Urée : 0.33.

Avant traitement : S.R. 45-78-120.

Après traitement : S.R. 49-87-124.

OBSERVATION N° 154

H., 54 ans.

Spina ventosa d'un doigt. Les autres phalanges sont le siège d'arthrites en radis. La radiographie montre d'importantes lésions osseuses, avec érosions, pincement des interlignes et décalcification. Cet aspect est surtout marqué aux 2° et 3° doigts de la main gauche et aux 4° et 5° doigts de la main droite.

Le patient a été autrefois soigné pour des crises pseudogoutteuses du gros orteil, de la cheville. On aurait retiré un pus grumeleux d'une articulation.

Traitement :

1° Allochrysine I f. 1.20 gr.

Dose maxima : 0.10. Assez bon résultat.

Laboratoire :

Avant traitement : SR : 64-103 (5° et 24° heure)

Après traitement : SR : 17-29 1/2-94.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

OBSERVATION N° 155

F., 20 ans.

R.A.A. en crise légère, fluxions fugaces des poignets, des genoux, douleurs et raideur des épaules.

La première crise date de 3 ans.

L'examen du cœur montre l'existence d'une maladie mitrale.

Traitement :

1° Solganal B aqueux II F : 3.50 gr. en 94 jours. Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima 0.50 gr.

Résultat nul.

Après 6 scarifications au vaccin de Ponndorf, survient une amélioration des douleurs, en même temps l'état général devient meilleur, le poids augmente de 3 kilos.

Petits troubles cardiaques environ 6 mois après série de Solganal.

Laboratoire :

Avant le Solganal : SR : 18-36-78.

Après le Solganal : SR : 17-36-73.

7 mois après le Solganal : Constante d'Ambard : 0.100. Urée sanguine : 0.27.

OBSERVATION N° 156

H., 28 ans.

Première crise polyarticulaire il y a 16 ans.

A la deuxième crise, complication pleuro-pulmonaire, sans accident cardiaque. Les crises douloureuses n'ont pas, depuis, présenté un caractère sévère.

En crise depuis 15 jours quand débute le traitement. Il s'agit essentiellement de polyarthralgies sans gonflements appréciables, mais avec raideur et gêne aux mouvements.

Traitement :

Oléosolganal II F : 2 gr. en 19 jours.

Injections bi-hebdomadaires. Dose maxima : 0.50 gr.

Bon résultat.

Le malade a eu, depuis le traitement, une angine non suivie de crise articulaire, ce qui n'était encore jamais arrivé.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.095. Urée : 0.41.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.069. Urée : 0.42.

Albumine urinaire : 0.

OBSERVATION N° 157

H., 48 ans.

R.A.A. Crises subintrantes, douleurs très vives, importantes fluxions, avec gonflements rouges, tendus et impotence partielle.

Première crise il y a 10 ans, début par les tibio tarsiennes, puis généralisation rapide. Depuis cette époque les crises douloureuses sont très rapprochées.

Traitement :

Solganal B. Huileux I F : 1.65 gr. en 33 jours.

Injections irrégulières.

Réactions Focales violentes.

Résultat nul.

Au début du traitement on avait arrêté le salicylate, mais il fallut le reprendre devant l'intensité des douleurs.

Par la suite chaque injection de Solganal donnait une poussée très douloureuse.

OBSERVATION N° 158

H., 40 ans.

Polyarthrite aiguë améliorée par le salicylate de soude intraveineux. A la main droite il existe un coup de vent métacarpo-phalangien, les interosseux et les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés. En même temps le malade est affecté d'une spondylose rhizomélisque, donnant de l'enraidissement de la colonne vertébrale. Il existe un degré assez léger de limitation des mouvements des ceintures.

Le début date de 18 ans. Il se fit par une crise de polyarthrite aiguë apparue à la suite d'une angine phlegmoneuse. La T° était à 38°5 environ, et le Salicylate eut une action remarquable.

De 9 à 13 ans le patient avait eu 4 crises de R.A.A.

Il y a 9 ans survint une grosse angine phlegmoneuse suivie d'une crise douloureuse polyarticulaire qui semble être à l'origine de la spondylose actuelle. Celle-ci est apparue après les premiers gonflements phalangiens qui furent d'ailleurs fugaces et très mobiles pendant un certain nombre d'années.

On note encore plusieurs crises d'iritis.

Traitement :

Allochrysine I f : 1 gr.

Echec complet.

SPONDYLOSES

OBSERVATION N° 159

H., 35 ans.

Spondylose chez un tuberculeux pulmonaire. Gros enraidissement de la colonne vertébrale, mauvais état général. Le malade a déjà été soigné avec un bon résultat par un traitement récalcifiant.

Traitement :

1° Lipaurool fort : 2 ampoules + Solganal B. Aqueux I F : 1.20 gr.
en 2 mois. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0.25 gr.

Réactions Focales et générales après 0.10 gr. et surtout 0.25 gr.

Diarrhée à 1.20 gr.

Résultat : aggravé, enraidit, amaigri.

Mauvais résultat.

Une série d'injections d'Ixium amène une véritable transformation de l'état général et une amélioration de la raideur et des douleurs. On injecte ensuite quelques ampoules de molène, le bénéfice articulaire est totalement nul et le malade fait une hémoptysie.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.13. Urée : 0.42.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.14. Urée : 0.47.

OBSERVATION N° 160

H., 34 ans.

Spondylose, il n'existe pas une atteinte globale de toute la colonne vertébrale, la radiographie montre des ponts osseux localisés.

Début il y a 2 ans.

Ancien R.A.A., la dernière crise aiguë daterait de plus de 10 ans.

Hypertension ; mauvaises dents, caries et pyorrhée.

Père mort à 40 ans, hémiplégique.

Traitement :

1° Allochrysine I f : 0.50 gr.

Résultat passable.

Léger mieux, moins de douleurs.

Un traitement iodé, quelques scarifications au Ponndorf, n'ont aucun effet. Une injection épidurale de lipiodol ne donne rien, seuls 2 gr. 50 de Sulfarsenol donnent une légère amélioration.

2° Allochrysine I f : 1.50 gr. + Gonacrine : 17 injections de 5 cc en 3 mois. Dose maxima : 0.10 gr.

L'amélioration s'accroît.

Assez bon résultat au total.

Laboratoire :

Gono Réaction : négative.

OBSERVATION N° 161

H.

Spondylose rhizomélisque, avec bon état général, mais le malade est un tuberculeux pulmonaire, et a un pneumothorax.

Début il y a 4 ou 5 ans.

Traitement :

1° Crisalbine I f : 0.55 gr. Injections hebdomadaires. Dose maxima : 0.05 gr.

Résultat nul, Réactions focales.

2° Solganal B. Aqueux II F. 5.25 gr. en plusieurs mois. Dose maxima : 0.50 gr.

Résultat nul, fatigue. Réactions focales.

Une série d'injections d'Ixium, un traitement recalcifiant restent également sans effets.

ARTHROSES

OBSERVATION N° 162

F., 57 ans.

Coxarthrite. Hanches douloureuses à la marche et très enraidies. Les mouvements sont limités surtout l'adduction.

Il existe du psoriasis. La tension artérielle est normale, il y aurait eu de l'hypertension à la ménopause.

Traitement :

Divers traitements ayant échoué, notamment des traitements par les agents physiques (Rayons X, Haute fréquence) la malade est mise au Solganal.

Oleosolganal : IF : 2.35 gr. en un mois et demi.

Résultat nul.

OBSERVATION N° 163

F., 39 ans.

Coxarthrie, greffée sur une subluxation congénitale de la hanche gauche. A droite s'est également développée une arthrose de hanche. Les mouvements sont très limités, le signe du soulier a été le premier symptôme enregistré par la malade. Début il y a 10 ans.

Traitement :

Oleosolganal : II f : 0.24 gr. en 31. jours.

Injections irrégulières.

Enraidissement. Réactions focales.

On interrompt car une numération montre de la leucopérine.

Résultat nul.

OBSERVATION N° 164

F., 46 ans.

Genu valgum douloureux sur lequel s'est greffé une lipoarthrite des genoux. La palpation montre des formations résistantes au niveau des genoux. Il existe de gros craquements et des points douloureux sur le

plateau tibial interne. La douleur à la marche est surtout marquée à la montée des escaliers.

Traitement :

Solganal B aqueux : II F : 2.20 gr. en I mois. Dosé maxima : 0.50 gr.

Réactions focales.

Résultat nul.

Laboratoire :

Avant traitement : Constante d'Ambard : 0.092. Urée : 0.30.

Après traitement : Constante d'Ambard : 0.077. Urée : 0.52.

GOUTTE

OBSERVATION N° 165

H., 46 ans.

Goutte probable. Le malade vient consulter pour un poignet gonflé, douloureux et chaud. Il y a de l'impotence de la main. Polyarthralgies multiples sans signes objectifs.

Première crise il y a 11 ans par un orteil, avec les caractères classiques de la crise goutteuse, suivie d'extension à la tibio tarsienne.

Antécédents :

A 6 ans 1/2 : coxalgie (?) n'ayant pas laissé de traces.

Pyorrhée alvéolo dentaire apparue vers 1916.

En 1920 : Arthrite tibio-tarsienne gauche, succédant à une crise de l'orteil gauche. Crise accompagnée de fièvre et de gonflement.

En 1922 : Arthrite tibio-tarsienne droite.

En 1925 : Atteinte des 2 tibio-tarsiennes et d'un genou.

Traitement :

Allochrysine I f : 1.60 gr. en un mois et demi.

Injectons hebdomadaires puis bi-hebdomadaires.

Plus de douleurs, rien d'objectif, mais a guéri moins rapidement de cette crise que des poussées articulaires antérieures.

Probablement guérison spontanée.

Laboratoire :

Traces d'albumine avant tout traitement.

Uricémie faite après l'Allochrysine : 0.09

VI

RESULTATS OBTENUS

Nous allons montrer au moyen de ces observations les résultats que nous a donnés la Chrysothérapie des Arthrites. Nous essayerons également de mettre en évidence quelques données susceptibles, croyons-nous, de faire obtenir des résultats meilleurs et plus réguliers que ceux-ci, qui appartiennent à une période d'expérimentation.

La condition préalable, dont dépend le succès de la cure aurique, est que l'arthrite traitée soit aurosensible. Nous verrons que les arthrites sont en majorité aurosensibles, mais à des degrés divers, et que cette sensibilité peut être exaltée ou restreinte, par certains facteurs, dont les uns dépendent de nous (posologie, par exemple) et dont d'autres nous échappent complètement (nature de l'arthrite), ou en partie (intolérance de l'organisme).

L'aurosensibilité d'une Arthrite semble soumise à trois éléments, qui ne sont nullement indépendants les uns des autres, mais que nous allons sérier, afin de rendre plus intelligibles nos conclusions. Dans le même but nous nous efforcerons de répondre aux questions que peut suggérer la lecture des observations précédentes.

Schématiquement la Chrysothérapie des Arthrites doit tenir compte :

- a) De ce que nous appellerons : l'aurosensibilité propre de l'Arthrite.
- b) Des incidents provoqués par la Chrysothérapie.
- c) Du sel d'or utilisé et de la technique mise en œuvre.

Nous signalons dès maintenant le caractère limitatif des incidents. Ils jouent un rôle considérable dans la Chrysothérapie des Arthrites. Pratiquement, la notion théorique de l'aurosensibilité satisfaisante d'une Arthrite donnée, perd de sa valeur s'il ne s'y joint pas une bonne tolérance aux sels d'or.

a) Aurosensibilité des Arthrites

Les 165 observations que nous apportons se répartissent comme suit :

— 161 cas d'Arthrites. Il n'a pas été possible pour l'obs. n° 116 de savoir s'il s'agissait d'une polyarthrite systématisée ou non.

— 3 cas d'Arthroses.

— 1 cas de goutte.

Disons immédiatement que les trois cas d'Arthroses n'ont pas été améliorés, l'accès de goutte a guéri, peut-être moins rapidement que par le traitement classique. Nous laissons de côté ces quatre cas non justifiables de la chrysothérapie. Nous donnerons dans un tableau les résultats obtenus.

TABLEAU I

	Résultats	Favor.	Nuls	Mauv.	Inconnus	Favor. en %
Polyarthrites symétriques	78	50	25	1	2	68,4
Polyarthrites non symétr.	37	29	6	0	2	82,8
Oligoarthrites	38	28	7	1	2	77,7
R. A. A.	4	1	3	0		
Spondyloses	3	1	1	1		
Polyarthrite, forme indét.	1	1				
Total	161	110	42	3	6	70,9 %

1° Quel est le résultat global enregistré ?

Sur 155 résultats connus, 110 soit 70,9 % sont favorables.

Dans 42 cas, le traitement n'a eu aucun effet, cinq fois il y eut augmentation des douleurs ou des phénomènes inflammatoires.

Il est possible que les thérapeutiques habituellement dirigées contre les Arthrites soient incapables de donner ce pourcentage d'ailleurs faible (3 %) d'aggravations, mais il est certain qu'il n'existe pas, actuellement, des médications susceptibles de donner un aussi fort pourcentage d'améliorations. Notamment, comme l'a déjà tait remarquer le Docteur Henri Forestier d'Aix-les-Bains, la chrysothérapie a radicalement modifié le pronostic de la maladie de Charcot.

2° Existe-t-il une donnée tout à fait générale permettant de prévoir l'aurosensibilité d'une Arthrite ?

Cette donnée existe, elle a déjà été mise en évidence par Jacques Forestier, c'est « l'âge de l'Arthrite ».

Dans 138 cas, nous avons pu connaître avec précision la date de début des Arthrites. Nous résumerons ici les rapports qu'il semble y avoir entre l'âge des Arthrites et le résultat obtenu.

TABLEAU II

Age des arthrites, en années :	0 à 2	3 à 4	5 à 10	plus de 10
Résultats favorables	44	16	19	13
Résultats défavorables	9	10	14	13
Résultats favorables, en %...	83	61,5	57,5	50

Une Arthrite sera donc d'autant plus aurosensible qu'elle sera plus près de son début.

Cette notion d'âge de l'Arthrite est, croyons-nous avec Coste et Forestier, une notion capitale. Mais, c'est une notion grossière qui présente un caractère vague, dû à ce que l'on constate l'aurosensibilité particulière des Arthrites jeunes, sans connaître les causes qui la déterminent.

Nous allons essayer de pénétrer quelques-unes de ces causes.

Successivement nous chercherons les rapports qu'il peut y avoir entre l'aurosensibilité et

— l'aspect clinique ou anatomique de la réaction inflammatoire articulaire.

— les localisations articulaires.

— l'étiologie probable des Arthrites.

C'est, la pathogénie nous étant inconnue, en liant ces trois ordres de faits que l'on aboutit aux formes cliniques des Arthrites dont nous parlerons dans un chapitre ultérieur. Nous nous contenterons ici de faire un travail d'analyse.

Stade évolutif des lésions articulaires

L'Arthrite est une arthrosynovite.

Le processus inflammatoire peut porter avec élection sur les tissus mous périarticulaires, le cartilage articulaire et l'os sous-jacent, se propager le long des gâines tendineuses à distance de l'article, entraîner une production abondante de liquide, donner simplement des arthralgies avec peu d'atteinte synoviale. On aura ainsi des arthrites synoviales, des osteoarthrites, des synovites, des formes purement hydarthrodiales, etc...

Y a-t-il un rapport entre l'aurosensibilité d'une arthrite et le type des lésions articulaires ?

On sait que les lésions inflammatoires articulaires parcourent un cycle évolutif à peu près constant, que l'on résume en disant, qu'à un premier stade : synovial, succède un stade osseux, ces deux stades empiétant d'ailleurs l'un sur l'autre. Le stade synovial est, par excellence, le stade jeune.

De là à conclure que les arthrites jeunes sont très aurosensibles, parce qu'elles sont uniquement synoviales, et les arthrites anciennes peu aurosensibles parce que ostéocartilagineuses, il n'y a qu'un pas.

Ce raisonnement, dont la logique est plus apparente que réelle, amène un corollaire : Les arthrites à gros éléments osseux seront peu auro-sensibles.

Cette affirmation est grosse de conséquences, car on peut hésiter à faire courir à certains malades, pour un bénéfice douteux, le risque d'accidents auriques.

Nous croyons cette façon de voir partiellement erronée.

Il est en effet certain, que la prédominance de la participation synoviale sur la participation osseuse est un facteur favorable au bon résultat de l'aurothérapie ; probablement surtout, parce qu'au stade synovial les désordres articulaires sont moins considérables qu'à la période des atteintes osseuses.

Mais on ne doit pas oublier que les lésions ostéocartilagineuses sont de nature inflammatoire, comme les lésions synoviales, et la diversité des affections traitées avec succès par la chrysothérapie montre, qu'en règle générale, ce qui semble régir, en partie, l'aurosensibilité est le caractère inflammatoire de la réaction tissulaire et nullement la nature du tissu qui en est le siège.

Il est évident, par contre, qu'à la période ultime de l'évolution des arthrites : période des ankyloses, l'aurothérapie n'est d'aucun secours. Mais le processus inflammatoire osseux est différent du processus cicatriciel qui aboutit aux ankyloses, au triple point de vue : clinique, radiologique et biologique.

Nous allons passer en revue un certain nombre d'arthrites où la lésion articulaire s'écarte du type habituel, presque purement synovial, avec peu d'épanchement et une atteinte osseuse discrète, et qui ont cependant réagi très favorablement à la chrysothérapie.

— Polyarthralgies. Obs. numéros 81, 82, 87, 96, 97, 112, 114.

Il s'agit de patients, qui accusent des douleurs nettement articulaires, de la raideur, des signes biologiques traduisant un état inflammatoire, mais qui en général n'ont pas de gonflements articulaires.

Chez le n° 87 existaient de très légers gonflements ; chez le n° 112, qui présentait un BW positif, on arrêta le Solganal qui agissait favorablement, pour mettre le malade au Novar et au Bismuth. Il se développa ultérieurement une polyarthrite synoviale.

Sur 7 malades, chez un seul, obs. n° 81, il y eut échec d'un traitement à faibles doses.

— Arthrites très exsudatives. Obs. numéros 9, 36, 49, 74, 76, 85, 100, 109, 113, 123, 124, 125, 128, 136, 139, 150, 151.

Certaines de ces observations concernent des synovites, d'autres des arthrites s'accompagnant d'hyarthroses importantes.

Bien que synovites et hyarthroses ne soient pas comparables cliniquement, nous les avons groupées, car elles réagissent semblablement à l'aurothérapie.

On note 13 succès et 4 échecs :

Obs. numéros 9, 109, 136, hydarthroses.

Obs. numéro 76, synovites.

L'échec de la Chrysothérapie semble dû pour les numéros 9 et 109 à un excès de dose, et à l'intrication de divers sels d'or, technique qui ne s'est jamais montrée favorable.

Pour les obs. numéros 76 et 136, au contraire, les traitements furent insuffisants, les Polysynovites et les Hydarthroses réclamant en effet un traitement d'intensité moyenne.

— Ostéoarthrites. Obs. numéros 57, 62, 63, 65, 73, 98, 99, 108, 120, 141, 146, 150, 154.

Sur 13 cas il y eut 8 succès et 4 échecs, obs. numéros 62, 63, 99, 141. Le traitement détermina, chez les deux derniers malades, des réactions focales, qui eussent pu être évitées par une technique mieux appropriée.

Les Arthrites de ces 3 séries avaient des étiologies diverses et on rencontre, parmi elles, des oligoarthrites et des polyarthrites symétriques ou non. Elles ne semblent pas avoir présenté une aurosensibilité moindre que celle des arthrites purement synoviale. A la question que nous posions en tête de ce paragraphe nous pouvons répondre que :

L'aurosensibilité est liée non à l'atteinte d'un tissu articulaire particulier ou aux modalités de réaction de ce tissu mais à la nature inflammatoire des lésions articulaires. Autrement dit, les Arthrites en évolution sont également aurosensibles.

Ce qui entraîne l'aurorésistance relative des arthrites anciennes est, d'une part, l'importance des délabrements articulaires définitifs et, d'autre part, les réactions d'intolérance de l'organisme, qui sont d'autant plus fréquentes que l'arthrite évolue depuis plus longtemps. Des causes accidentelles tel qu'un traitement mal dirigé peuvent également intervenir.

Localisation des lésions articulaires

Le résultat de la cure peut être modifié par des causes locales qui limitent l'action de l'aurothérapie.

Certaines articulations à architecture compacte, par exemple les coudes et les poignets, retrouvent, parfois, incomplètement l'ampleur de leurs mouvements. Il faut incriminer soit des nodules fibreux aurorésistants : éventualité fréquente aux coudes, soit des fontes osseuses rapides, notamment des massifs carpiens ou tarsiens.

Les Arthrites de hanches, quand on laisse marcher les malades qui en sont atteints, prennent rapidement une allure destructive. Cela tient sans doute aux chocs des surfaces osseuses, favorisées au moment de l'appui des talons sur le sol, par des relâchements ligamentaires et capsulaires.

Les Arthrites vertébrales nous ont donné deux échecs sur trois cas traités. Forestier a obtenu de meilleurs résultats dans des cas analogues et un patient, atteint de spondylites peu ankylosantes, récemment traité à l'hôpital Cochin, a pu être amélioré. Mais les échecs sont très fréquents, dus généralement aux réactions focales que font ces malades.

Nous nous sommes également demandé si la topographie systématisée qu'affectent certaines arthrites a un retentissement sur leur aurosensibilité.

En se rapportant au tableau I on voit que :

— les Polyarthrites symétriques ont donné 68,4 % de résultats favorables.

— les Polyarthrites non symétriques ont donné 82,8 % de résultats favorables.

— les Oligoarthrites ont donné 77,7 % de résultats favorables.

Nous pouvons en déduire que les Arthrites symétriques sont moins aurosensibles que les Arthrites non symétriques.

Parmi ces formes très symétriques, Coste a rencontré assez souvent une polyarthrite qui réalise un ensemble assez bien individualisé et qui s'est toujours montré aurorésistant. Il s'agit d'une polyarthropathie froide, à évolution torpide, où on ne retrouve pas les gonflements assez mous des arthrites habituelles. Les gonflements articulaires donnent au toucher une impression de résistance, de tissu lardacé. Si les localisations sont les mêmes que dans la maladie de Charcot, l'ensemble de l'affection a une allure générale tant clinique qu'évolutive, très différente. La sédimentation est généralement élevée. On en trouvera trois exemples dans les observations numéros 65, 66, 67.

On peut remarquer que chez ces trois malades, deux ont des antécédents intestinaux, nous ne savons pas s'il y a un lien étiologique ou pathogénique car d'autres malades affectés de troubles intestinaux, dont le rôle paraissait beaucoup plus certain, dans l'éclosion du rhumatisme, ont fait des maladies de Charcot tout à fait typiques.

S'il est très difficile de comprendre pourquoi cette forme clinique n'est pas aurosensible, il n'est pas plus facile d'expliquer les causes de la systématisation de certaines arthrites et pourquoi les polyarthrites symétriques sont moins aurosensibles que les autres arthrites. Il y a cependant quelques facteurs immédiats qui semblent jouer un rôle :

a) Quelquefois, il s'agit de polyarthrites devenues tardivement symétriques, par atteinte progressive d'un grand nombre d'articulations, ce sont des arthrites très évoluées, certains gonflements sont fibreux et aurorésistants.

b) Traitements insuffisants, dus à l'intolérance particulière de la maladie de Charcot qui forme la plus grande partie des polyarthrites symétriques. Cette intolérance est parfois accrue par les traitements trop intenses qui ont été fréquemment tentés.

c) Facteurs pathogéniques dont nous soupçonnons l'intervention dans quelques cas : facteur ovarien, par exemple.

d) Facteurs étiologiques, également inconnus le plus souvent.

Fréquemment, il manque, dans les antécédents du malade, une maladie nettement tranchée à laquelle on pourrait rattacher le début de la polyarthrite, mais souvent, ces malades ont vécu au milieu d'un enthousiasme tuberculeux. On recueille, en les interrogeant, l'impression d'un ensemble étiologique touffu duquel ne se dégage aucun fait saillant.

C'est peut-être à cette complexité, que certaines polyarthrites symétriques doivent l'intolérance qui est un obstacle à la Chrysothérapie.

Nous allons essayer de préciser si l'absence d'une étiologie infectieuse nette est en effet un élément défavorable aux cures auriques, et si, au contraire, l'origine infectieuse d'une arthrite entraîne une aurosensibilité plus grande.

Etiologie

L'origine infectieuse d'une Arthrite est-elle une condition favorable à l'aurothérapie ?

Parfois il est possible de mettre nommément en cause un organisme: microbe ou parasite. D'autres fois, l'arthrite a succédé à une maladie dont le caractère infectieux est indiscutable : grippe, infection utérine. Dans certains cas, les arthrites font suite parfois à très longue échéance à des crises de R. A. A. Le lien qui les unit peut d'ailleurs être discuté et nous mettrons ces cas à part, de même que les cas de R. A. A., en crise, que nous avons traités.

Une étiologie infectieuse a pu être établie dans 46 cas.

a) Arthrites probablement gonococciques :

Obs. numéros 64, 68, 69, 108, 109, 110, 111, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143.

b) Arthrites pour lesquelles deux étiologies, gonococcique et syphilitique, peuvent être invoquées :

Obs. numéros 70, 71, 72, 75, 112.

c) Arthrites probablement syphilitiques :

Obs. numéros 73, 74, 76, 77, 78, 113, 114, 144, 145, 146, 147, 148, 149.

d) Arthrites probablement tuberculeuses :

Obs. numéros 115, 150, 151, 152, 153, 154.

e) Arthrites postgrippales :

Obs. numéros 35, 85, 143.

f) Arthrites postpuerpérales :

Obs. numéros 3, 41, 89, 102.

g) Arthrites posttyphiques :

Obs. numéros 49, 67.

On trouve également une dothientérie dans les antécédents des malades des observations numéros 35, 40, 65 atteints de polyarthrite. L'intervalle qui sépare les deux affections est trop grand pour que l'on retienne une possibilité étiologique. On peut cependant remarquer que chez les malades qui ont eu une fièvre typhoïde, comme chez ceux qui ont, d'une manière plus générale, présenté des troubles intestinaux nets, l'aurothérapie donne dans l'ensemble des résultats peu satisfaisants.

Si nous comparons les résultats du traitement de ces arthrites dont l'étiologie est connue et infectieuse et ceux du traitement d'arthrites d'origine inconnue, nous trouvons :

— Arthrites d'étiologie inconnue :

109 cas : 73 résultats favorables

32 échecs

4 résultats inconnus,

soit 69,5 % d'améliorations.

— Arthrites d'étiologie connue et probablement infectieuse :

48 cas : 36 résultats favorables

10 échecs

2 résultats inconnus,

soit 78,2 % d'améliorations.

Il semble donc que l'origine microbienne ou parasitaire d'une arthrite soit un argument en faveur d'une aurosensibilité satisfaisante. Peut-être faut-il faire une réserve pour les arthrites d'origine typhique.

On peut remarquer que le nombre relatif des Arthrites infectieuses augmente dans les groupes, au fur et à mesure que diminue le nombre des arthrites et leur systématisation.

— Sur 78 observations de Polyarthrite symétrique, une origine infectieuse a pu être mise en évidence 15 fois, soit dans 19,2 % des cas.

— Sur 37 observations de Polyarthrite non symétrique, une origine infectieuse a pu être mise en évidence 11 fois, soit dans 29,7 % des cas.

— Sur 38 observations d'Oligoarthrite, une étiologie infectieuse a pu être mise en évidence 20 fois, soit dans 52,6 % des cas.

Voilà peut-être, une des raisons qui rendent la Chrysothérapie moins efficace dans les polyarthrites symétriques, que dans les autres formes d'arthrites.

On peut se demander si certains germes sont à l'origine d'Arthrites particulièrement aurosensibles. On voit par exemple que les six cas d'Ar-

thrites tuberculeuses ont tous été améliorés, tandis que le traitement des Arthrites gonococciques, au contraire, a donné un assez grand nombre d'échecs.

Nous ne pensons pas qu'il faille tirer des règles rigoureuses de cette constatation, elle porte sur un trop petit nombre de cas pour qu'il en soit fait état.

Rhumatisme articulaire aigu et aurosensibilité

Nous avons laissé de côté dans ce qui précède les Arthrites ayant peut-être comme origine éloignée un rhumatisme articulaire aigu. Il y aurait lieu peut-être de ne pas préciser et de dire simplement qu'elles ont succédé à des crises de Polyarthrite aiguë postangineuse. Fréquemment en effet, l'âge auquel ces crises articulaires sont apparues, le caractère vague des manifestations cliniques rapportées par le malade, l'absence de localisation cardiaque peuvent faire suspecter le diagnostic rétrospectif de R. A. A. Celui-ci ne s'appuie que sur la triade : angine, douleurs évoluant par crises et action parfois difficilement précisée du salicylate de soude. Nous signalerons néanmoins les résultats que donne la chrysothérapie dans les arthrites ainsi définies, en restant persuadé que seul un travail très documenté pourrait élucider cette question.

Arthrites ayant succédé à assez longue échéance à des crises poly-articulaires précédées d'angine. :

Obs. numéros 56, 57, 58, 59, 60, 61, 112, 123, 137, 139, 142, 143, 146, 160.

9 résultats favorables

4 échecs : obs. numéros 58, 61, 131, 142.

1 résultat inconnu : obs. numéro 60.

Ce qui donne environ 69,2 % de résultats favorables. Il faut remarquer d'ailleurs, que dans l'observation n° 56, une première série avait donné un très bon résultat, il y eut récurrence traitée trop tardivement et sans résultat.

Plus intéressantes, bien qu'en nombre très réduit, sont les obs. n°s 155, 156, 157, 158.

Elles concernent des patients atteints de Rhumatisme articulaire aigu et traités en crise.

Pour un résultat favorable, obs. n° 156, il y eut trois échecs.

Il n'a pas encore été publié un grand nombre d'observations de R. A. A. traités par l'aurothérapie, cependant certaines d'entre elles sont très favorables. Nous ne croyons pas, néanmoins, que les sels d'or doivent prendre la place du salicylate de soude à la période aiguë. Cependant,

cette période aiguë terminée, il est certain que les sels d'or doivent être essayés. Nous avons vu un adolescent, malade de Forestier, qui présentait des arthralgies modérées et de la fièvre légère qui ont disparu avec des injections de Crisalbine. Chez un autre enfant de 12 ans, au cours d'une première crise de R.A.A., le salicylate de soude mal supporté fut remplacé, alors que l'état articulaire était déjà très amendé, par des injections de solganal B bi-hebdomadaires à 0.05 gr. Fièvre et arthralgies disparurent complètement, en quelques jours. Il est à souhaiter que de nouvelles observations précisent le rôle que peuvent jouer les sels d'or dans la maladie de Bouillaud. Nous pensons qu'à la période aiguë des crises douloureuses, ils ne doivent être essayés qu'après échec du salicylate.

b) Incidents provoqués par la Chrysothérapie

Les Rhumatisants forment une catégorie de malades, dont l'intolérance aux sels d'or est grande, presque égale à celle que manifestent les porteurs de dermatose. Même si on a la pratique assidue de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire, il est dangereux d'appliquer aux rhumatisants une posologie identique.

Les incidents auriques ont été les écueils contre lesquels Forestier et Coste se sont heurtés dans leurs premiers essais de traitement, ils existent toujours, quoique à un degré beaucoup moindre, avec la technique réglée que ces auteurs ont mis au point, mais ils ne seront complètement supprimés que le jour où les mécanismes qui les font éclore seront mieux connus.

Actuellement, même avec la division proposée en accidents : biotropiques, d'intolérance, toxiques, il est impossible de les prévoir, il est impossible de les combattre autrement que par des méthodes empiriques.

Beaucoup de ces incidents sont bénins, transitoires et n'affectent ni l'issue du traitement ni l'avenir du malade. Il n'en est pas toujours ainsi, certains sont graves, voire mortels, ou obligent simplement à interrompre le traitement, de crainte de les voir prendre une allure grave et privent ainsi le malade du bénéfice d'une cure aurique complète. Certains auteurs ont de nouveau mis en évidence l'action favorable des accidents sur la maladie traitée. Cette remarque avait déjà été faite au début de la Chrysothérapie. Mais cette éventualité ne survient qu'après des incidents sérieux tels les érythrodermies, les congestions pulmonaires, et il nous semble que l'amélioration qui suit, outre le danger que court le malade, est assez souvent de peu de durée.

En laissant de côté les séries où des sels d'or différents ont été utilisés, les 251 séries homogènes qui ont été pratiquées chez nos malades ont donné 53,3 % d'accidents, soit plus d'une fois sur deux.

Enfin, ce qui prouve bien que l'incident n'est jamais à rechercher pour déclancher l'amélioration, c'est que le pourcentage d'amélioration est légèrement supérieur dans les séries sans accidents que dans les séries avec accidents, 75,8 % pour les premières, 70 % pour les secondes.

Nous ne décrivons pas en détail les accidents observés, ils ont été les mêmes que ceux déjà étudiés chez les tuberculeux pulmonaires et qui sont bien connus. Nous passerons simplement en revue ceux que nos malades ont présentés en faisant quelques remarques sur certaines particularités intéressantes.

Accidents viscéraux

1° Accidents pulmonaires.

Deux types très distincts ont été provoqués par la chrysothérapie.

a) un type grave qui va de la bronchite simple, mais avec grosse température, mauvais état général, à la congestion pulmonaire et à la pneumonie franche.

Il y en eut 8 cas, dont un mortel. C'est généralement après ces accidents graves que l'on a vu une amélioration brutale des arthrites.

On peut noter que ces pneumopathies graves ont évolué, en général, chez des malades atteints de Polyarthrite, et que les malades étaient souvent, au début du traitement, dans un mauvais état physique. Dans la moitié des cas les malades avaient reçu un traitement de type faible, dans l'autre moitié un traitement fort.

b) Un type bénin, fréquemment observé au cours de cures par le Solganal B. Il s'agit d'une bronchite sans gravité, avec peu de température, le maintien d'un état général satisfaisant et la possibilité de continuer la cure aurique. Ce type a été observé dans 10 cas, dont 8 chez des patients atteints de maladie de Charcot.

2° Accidents sanguins.

5 fois on eut à enregistrer des désordres sanguins, dont 2 cas graves :

un cas d'aleucie hémorragique mortelle,

un cas d'agranulocytose pure.

Les trois autres cas, bénins, concernent des baisses leucocytaires ou des hémorragies que des examens de laboratoire et l'interrogatoire permirent de dépister et de traiter à temps. La suspension du traitement écarta la survenue d'accidents graves.

La malade décédée de purpura hémorragique avait eu un traitement par le Thorium avant d'être mise aux sels d'or, chez elle et chez les autres malades qui présentèrent des hémorragies, l'interrogatoire permettait de retrouver une prédisposition particulière aux ecchymoses.

3° Accidents cardiaques :

6 malades présentèrent des accidents cardiaques.

L'une était une malade de vingt ans, atteinte de R. A. A. et d'une maladie mitrale, les autres n'étaient pas porteurs de cardiopathie, mais étaient généralement des hypertendus. Chez tous, il n'y eut que quelques petits signes de décompensation ; tendance à l'essoufflement, œdème malléolaire, s'améliorant difficilement par la digitaline et persistant de longs mois. Parfois, se liait à l'état cardiaque un mauvais état rénal. Chez une malade de Coste, à la suite d'un essai de Solganal, se déclencha un syndrome aigu d'insuffisance ventriculaire gauche : la patiente fit une crise typique d'œdème aigu du poumon.

4° Réactions vésiculaires consécutives à l'aurothérapie.

Trois malades femmes présentèrent des crises vésiculaires. Chez l'une d'elles le développement de la crise vésiculaire fut suivie par notre maître Coste. Il s'est toujours agi d'épisodes graves, avec température élevée, évoluant dans deux cas chez des femmes en mauvais état de résistance physique.

Dans un cas, obs. n° 25, la crise vésiculaire survint brutalement, au cours d'une série de solganal B aq. à doses moyennes. Il s'agissait d'une polyarthrite symétrique, surtout marquée aux articulations phalangiennes des mains avec ébauche de déformations du type Charcot. Immédiatement après le début des phénomènes vésiculaires, il y eut une fonte complète des très gros éléments synoviaux des mains et des genoux. Cette amélioration ne dura que deux mois et ultérieurement la malade présenta des œdèmes cardiaques.

Dans l'observation n° 35, également à l'occasion d'une série de Solganal, une crise vésiculaire survint à la 2^e injection de 0.10 gr. Il s'agissait d'une polyarthrite du type Charcot. On arrêta le traitement et ultérieurement trois séries de Solganal B aqueux purent être menées à bien, sans incidents autres qu'un amaigrissement progressif, qui suivit une série de 5.75 gr. de Solganal B aqueux. Le résultat articulaire final fut bon.

L'observation n° 60 concerne une malade affectée de gonflements polyarticulaires ayant succédé à des crises de polyarthrite postangineuses. Le sel d'or utilisé était la Crisalbine. La première injection de 0,10 gr. fut suivie d'un érythème mammaire, la deuxième d'une congestion pulmonaire qui s'accompagna d'une crise vésiculaire. La malade ne revint pas à la consultation et le résultat articulaire reste inconnu.

5° Accidents nerveux.

— Deux névralgies cervico-brachiales, s'accompagnant de grippe, chez la même malade, à deux séries différentes.

— Une névralgie intercostale.

— Enfin un zona.

Ces incidents sont gênants par les douleurs qui sont souvent tenaces. La névralgie intercostale notamment, persista plus de 6 mois.

6° Staphylococcie cutanée.

Trois fois la cure aurique entraîna, associés à d'autres accidents, des furoncles et un anthrax. L'infection staphylococcique peut persister très longtemps, 5 mois dans un cas.

7° Grippe aurique : 5 cas.

Bénigne, la grippe aurique est fréquemment peu fébrile, simple courbature sans gravité.

8° Réactions rénales.

On a décrit des néphrites, graves et précoces, consécutives à l'aurothérapie. Nous n'avons observé qu'un seul cas de néphrite aiguë, mortelle, d'ailleurs tardive. Ce cas fut postérieur à la réunion des observations servant de base à ce travail. Le rein réagit le plus souvent par une néphrite discrète, bénigne, caractérisée par l'élévation de la constante d'Ambard et du taux de l'urée sanguine, parfois quelques traces d'Albumine urinaire, transitoires.

Mais souvent, non seulement l'aurothérapie ne lèse pas le rein, mais le taux de l'urée et la valeur de la constante d'Ambard peuvent s'abaisser en cours de cure.

a) Constante d'Ambard. On trouve :

20 fois, une hausse ou un coefficient élevé si un examen a été pratiqué en cours de cure.

6 fois, des chiffres normaux, après l'aurothérapie, l'examen avant traitement n'ayant pas été fait.

9 fois, baisse du coefficient.

1 fois, un chiffre inchangé.

b) Taux d'urée sanguine.

12 fois, il y eut baisse et une fois un chiffre inchangé.

13 fois, une hausse ou un chiffre élevé s'il n'y avait pas eu d'examen avant traitement.

En outre un chiffre normal a été trouvé dans 10 cas où il n'y avait pas eu d'examen avant traitement.

c) L'albumine urinaire.

11 patients ont eu de l'albumine, toujours à l'état de traces.

Tous ces symptômes se sont amendés après cessation du traitement et il n'y a pas eu à déplorer d'accident ultérieur.

Il est difficile de préciser quels sont les accidents susceptibles d'être favorisés par un mauvais état rénal. Il semble cependant que ce soient des accidents graves tels que : affection vésiculaire, congestion pulmonaire et érythrodermie.

Les séries faibles comme les séries fortes sont capables de léser pas-

sagèrement le rein. Toutefois des traitements importants ont pu être menés à bien avec de mauvaises constantes.

9° A côté de ces accidents viscéraux qui se sont montrés assez fréquents, on a constaté une infection urinaire à colibacille et une phlébite variqueuse.

Accidents cutanés

Ce sont les plus fréquents des accidents de la Chrysothérapie, les uns sont graves ou gênants par leur persistance, ce sont les érythrodermies et toutes les aurides qui s'accompagnent de lésions du derme, qui peuvent se transformer en eczéma, en psoriasis, etc... Il y eut 21 cas d'aurides avec lésion du derme, suintement, ou persistance d'une lésion sèche sans tendance spontanée à la guérison. Parmi ces 21 cas il y eut également 4 cas de grande érythrodermie avec T° élevée et desquamation secondaire en lambeaux.

Les accidents bénins vont du simple prurit à l'auride érythémateuse, plus ou moins étendue, et sont également nombreux. Dans 30 cas l'auride ne dépassa pas le stade érythémateux, ou se manifesta sous forme de quelques taches pytriasiformes disséminées et transitoires.

Ces aurides auraient, en elles-mêmes, une importance restreinte si elles n'étaient pas souvent associées à d'autres manifestations d'intolérance.

L'association avec les aurides muqueuses est fréquente et n'est pas une circonstance aggravante. Mais souvent l'auride cutanée (ou muqueuse) est un symptôme qui décèle l'auro-tolérance restreinte de l'organisme traité.

Elles ont la valeur d'un avertissement qu'il ne faut pas négliger, car à cet incident bénin peut succéder brusquement un accident viscéral grave.

Accidents muqueux

Les seuls accidents muqueux qui peuvent présenter un caractère inquiétant sont les accidents oculaires. Ce sont surtout des conjonctivites, dans un cas ce fut une ulcération cornéenne. Parfois ils sont une sérieuse gêne pour le patient : cystite, prurit vulvaire. Les accidents muqueux bénins sont constitués surtout par des stomatites.

La diarrhée est fréquente, sans gravité, souvent transitoire malgré la poursuite du traitement. Un de nos malades présenta des poussées de gingivite après chaque injection.

Il y eut : 6 cas d'incidents muqueux sérieux ; 26 cas d'incidents muqueux bénins.

Réactions focales

Les réactions focales sont très fréquentes dans le traitement des Arthrites, elles sont un des principaux obstacles au traitement, car le malade accepte difficilement la continuation d'une médication qui augmente ses douleurs.

Il est difficile de rapporter les réactions focales à une forme particulière d'arthrite, elles semblent cependant être plus fréquentes chez les malades porteurs d'arthrites en période d'organisation fibreuse et d'arthrites peu synoviales en général. Elles semblent également être plus vives et plus nombreuses au cours du traitement des Polyarthrites symétriques. En effet, sur 32 réactions focales notables, 16 ont été observées chez des malades atteints de Polyarthrites symétriques.

Rapports entre les accidents et les différents groupes d'arthrites

Il ne semble pas, d'ailleurs, qu'aux diverses formes d'Arthrites ou aux différents stades évolutifs des arthrosynovites correspondent des accidents particuliers. Toutefois, les accidents semblent croître avec l'âge de l'arthrite, le nombre d'articulations en cause et la systématisation des désordres articulaires.

Accidents et âge des Arthrites :

De 0 à 3 ans	49,5 %	d'accidents.
De 4 à 10 ans	58,6 %	—
Plus de 10 ans	66,6 %	—

Nous avons vu plus haut qu'il existe des accidents sérieux et des accidents bénins, parmi les premiers nous rangeons : les pneumopathies graves, les accidents sanguins, cardiaques, les érythrodermies, certains accidents muqueux, les affections nerveuses, vésiculaires, les infections staphylococciques; parmi les seconds : les bronchites simples, les réactions focales, la grippe aurique, et les accidents cutanés muqueux bénins. Nous avons cherché à préciser si certaines formes cliniques d'arthrites étaient favorables à l'éclosion d'accidents sévères. Nous avons trouvé :

Oligoarthrites	14,1 %	d'accidents sérieux
Polyarthrites non sym.	31,2 %	— —
Polyarthrites sym.	42,8 %	— —

De même, l'association de plusieurs accidents montre que l'organisme réagit très défavorablement aux sels d'or et nous avons cherché dans quels cas se rencontre le plus fort pourcentage d'accidents associés.

Oligoarthrites	19,2 %.
Polyarthrites non symétriques	47 %.
Polyarthrites symétriques	51 %.

Ces chiffres confirment ce que nous écrivions plus haut : la tolérance décroît avec l'augmentation de nombre et de symétrie des lésions articulaires. Remarquons, que les oligoarthrites qui sont les arthrites les plus tolérantes aux sels d'or sont également celles qui ont le plus souvent une origine infectieuse nettement visible.

Il n'a pas été possible de tirer des observations, rapportant des cas de Rhumatisme articulaire aigu ou de Spondylose, des conclusions bien arrêtées. Ces malades, généralement, se montrent assez intolérants aux sels d'or et font facilement des réactions focales.

A côté de tous ces facteurs propres à l'organisme et au Rhumatisme que l'on traite, il en est un qui dépend du thérapeute, c'est le choix du sel d'or et sa posologie.

c) Importance du choix du sel d'or et de sa posologie

Avant de montrer les résultats obtenus, nous allons voir quelles sont les techniques qui ont provoqué le plus de réactions d'intolérance.

1. SELS D'OR ET INTOLERANCE

a) Tout d'abord, quelle est la dose moyenne totale de chaque sel d'or qui a pu être injectée sans provoquer de réaction d'intolérance ?

Allochrysine	Crisalbine	Solg B aq.	OléoSolganal B
I gramme	I,25 gr.	2,70 gr.	2,36 gr.

Le Solganal B aqueux qui a déclanché de gros accidents, présente cependant la dose moyenne la plus élevée, il est probable en effet que les accidents enregistrés avec le Solganal B étaient dus moins à une propriété particulière de ce corps qu'aux très fortes doses réalisées et à la sensibilité particulière des patients.

b) Quels sont les types de traitement les mieux tolérés ?

	I f	II f	Total	Accidents
Séries faibles	113	+ 32	= 145	44,1 %
Accidents	48	+ 16	= 64	
Sans accidents	65	+ 16	= 81	

	I F	II F	Total	Accidents
Séries fortes	67	+ 39	= 106	66 %
Accidents	46	+ 24	= 70	
Sans accidents	21	+ 15	= 36	

Les séries faibles donnent moins d'accidents que les séries fortes. Ce qui est confirmé par les chiffres suivants obtenus en ne s'occupant que

des Polyarthrites symétriques et non symétriques et des Oligoarthrites :

	I f	II f	I f	II f
Accidents sérieux	29,6	28,2	36,2	39,2 %

Ces séries ont été faites avec des injections d'un même sel d'or. D'autres, que nous avons appelés plus haut séries mixtes, étaient composés d'injections de sels d'or différents.

Séries mixtes

Sur 18 séries mixtes il n'y en eut que cinq qui ne déterminèrent pas d'accidents : 3 étaient constituées par l'association d'Allochrysine et de Crisalbine,

I par l'association de Solganal B aq et d'Allochrysine.

I par l'association de Solganal B aq et de Solganal A intraveineux.

Nous n'avons pas compté pour série mixte les séries où une seule injection d'un sel d'or différent fut faite au milieu d'une série. Néanmoins, à plusieurs reprises, une injection de Crisalbine intercalée entre des injections de Solganal B fit apparaître des petites aurides cutanées qui restèrent stationnaires. Peut-être faudrait-il incriminer, plus que le changement de produit, le changement de la voie adoptée pour l'injection. Il faut noter également, que les deux malades, qui firent des désordres sanguins graves, eurent une injection de Crisalbine, intercalée entre des injections de Solganal B.

Il ne fut fait que deux séries de Lipaurol et de Solg. A., on ne peut pas tirer de conclusion d'un nombre si faible de séries.

Utilisé en même temps que d'autres sels d'or, dans quelques séries mixtes, le Lipaurol n'a pas paru se comporter différemment que le sel d'or auquel il avait été substitué.

Le Solganal buccal, qui fut employé 6 fois, donna deux accidents sérieux : un eczéma vulvaire tenace avec 4 grammes, une érythrodermie du cuir chevelu avec 2,44 grammes.

Variations de l'aurotolérance au cours de séries successives

Nous nous sommes demandés si la tolérance de l'organisme diminuait avec la succession des séries.

Pour les deux premières séries, nous avons trouvé : 54,4 % d'accident, pour les autres, 58,3 % d'accidents.

Si on considère que fréquemment seuls les malades qui n'ont pas présenté d'accidents sérieux aux premières séries sont soumis à des séries supplémentaires, on voit que la fréquence des accidents croît considérablement avec le nombre des séries.

Il semble que ce soit, surtout, à propos de ces accidents, notamment des réactions focales, survenant chez des malades antérieurement traités par les sels d'or, que l'on puisse discuter la nature allergique de certaines manifestations d'intolérance.

Divers auteurs étrangers, Kling particulièrement, ont envisagé la nature allergique de certains rhumatismes.

Feldt a soutenu le rôle joué, dans la genèse des accidents, par les albumines libérées des foyers pathologiques sous l'action des sels d'or.

Après les travaux de ces dernières années, notamment ceux de A. Lumière, montrant que dans certains cas les cristalloïdes, comme les albumines, peuvent produire des phénomènes anaphylactoïdes, il est permis de se demander si, dans certains cas, les sels d'or peuvent donner des réactions d'intolérance de nature allergique. Celles-ci seraient provoquées par des molécules complexes, résultant de l'union des sels d'or, soit à des albuminuries pathologiques, soit même à des albuminuries normales. Peut-être, les sels d'or sont-ils susceptibles, à eux seuls, de provoquer ces accidents allergiques. Les réactions focales que l'on observe dans les essais de traitement des arthroses semblent donner corps à ces deux dernières hypothèses.

2. SELS D'OR ET AUROSENSIBILITE

De même que le choix du sel d'or et sa posologie peuvent modifier la tolérance de l'organisme, ces deux facteurs influent sur l'aurosensibilité.

Nous allons donner les résultats obtenus par les divers types de traitements et les différents sels d'or utilisés.

Résultats donnés par les divers sels d'or utilisés

I

ALLOCHRYSINE :

I f 46 séries. — Résultats très favorables : 13 ; favorables : 27.

I F 3 séries. — Résultats très favorables : 2 ;

Résultats inconnus : 2.

nus.

Soit 49 séries. — Résultats très favorables : 15 (31,9 %) ; Résultats favorables : 29 (65,9 %).

CRISALBINE :

I f 38 séries. — Résultats très favorables : 18 ; favorables : 25.

I F 8 séries. — Résultats très favorables : 3 ;

II F 2 séries. — Résultats très favorables : 2.

Résultats inconnus : 3.

Soit 51 séries. — Résultats très favorables : 23 (51,1 %) ; Résultats favorables : 30 (66,6 %).

SOLGANAL B aq. :

- I f 8 séries. — Résultats très favorables : 3 ; favorables : 4.
- I F 28 séries. — Résultats très favorables : 19 ; favorables : 24.
- II f 4 séries. — Résultats très favorables : 0 ; favorables : 4.
- II F 24 séries. — Résultats très favorables : 14 ; favorables : 16.
Résultats inconnus : 3.

Soit 64 séries. — Résultats très favorables : 36 (59 %) ; Résultats favorables : 46 (75,4 %).

OLEO SOLGANAL :

- I f 22 séries. — Résultats très favorables : 13 ; favorables : 14.
- I F 23 séries. — Résultats très favorables : 17 ; favorables : 18.
- II f 27 séries. — Résultats très favorables : 19 ; favorables : 23.
- II F 12 séries. — Résultats très favorables : 10 ; favorables : 10.
Résultat inconnu : 1.

Soit 84 séries. — Résultats très favorables : 59 (71 %) ; Résultats favorables : 65 (78,3 %).

II

Les séries faibles ont donné :

Séries faibles I f + II f. — Résultats inconnus 8. Résultats favorables : 97 (70,8 %). — Total des séries : 145.

Séries fortes I F + II F. — Résultats inconnus : 1. Résultats favorables : 75 (75,6 %). — Total des séries : 100.

Type I. — Résultats inconnus : 7. Résultats favorables : 107 (68,6 %). — Total des séries : 176.

Type II. — Résultats inconnus : 2. Résultats favorables : 55 (79,7 pour cent). — Total des séries : 69.

Le tableau I montre que l'efficacité croît régulièrement de l'Allochrysine au Solganal huileux. De même les fortes séries et les séries de type progressif donnent des résultats supérieurs aux séries faibles et aux séries à injections non progressives.

Le Solganal A a donné un résultat favorable et un échec, le Lipaurol également.

Les séries mixtes qui ont été pratiquées en assez grand nombre 18 fois ont donné dans l'ensemble des résultats assez favorables puisque dans 11 cas sur 18 il y eut amélioration. Cependant les accidents nombreux qu'elles ont donné doivent les faire proscrire, puisque d'autre part il ne résulte pas de cette technique un taux plus grand d'amélioration.

3. ERREURS DE POSOLOGIE

Il est arrivé que des malades, en cours de traitement et dont les signes objectifs et les douleurs s'amendaient, présentaient tout à coup des réactions focales violentes et continues qui nécessitaient l'arrêt de l'aurothérapie. Parfois, même, l'état du patient s'était aggravé par rapport à l'état antérieur.

Nous croyons que dans ces cas :

Obs. n° 7 : 5 grammes d'Oléo-Solganal.

Obs. n° 9 : 6,50 grammes de Solganal B aqueux et quelques ampoules de Lipaurol.

Obs. n° 109 : 5,40 gr. d'Oleo-Solganal, non seulement les doses injectées ont été trop fortes mais l'organisme a subi un traitement trop prolongé.

Deux de ces malades avaient précédemment été améliorés :

Obs. n° 7 par 1,40 gr. de Solganal B aq.

Obs. n° 9 par 1,50 gr. de Crisalbine.

L'observation n° 41 met en évidence l'action nulle de deux séries de type I F qui s'accompagnèrent de violentes réactions focales. La malade fut finalement améliorée par une série du type II f. Dans tous les cas, sauf pour l'observation n° 109, il s'agissait de Polyarthrite symétrique.

De même que les excès de dose, il faut se garder des excès thérapeutiques, quand le malade ne souffre pas. Dans l'observation n° 145, une série d'entretien faible, alors que le patient ne souffrait pas, a déclenché des réactions focales et entraîné un mauvais résultat final. Ces réactions focales, déclenchées par les séries d'entretien, n'ont pas toujours un tel résultat et toutes les séries d'entretien ne provoquent pas de réactions focales. Mais il y a certainement une certaine discrétion à observer dans les doses, et il arrive de voir des séries d'entretien réactiver des arthrites qui semblaient éteintes.

Une autre erreur de technique est exactement opposée à celle que nous venons de signaler. Un excellent exemple est celui fourni par l'observation n° 56. Le patient a été amélioré par une première série d'Oléo-Solganal, la récurrence survient un mois après la fin de la série. Au lieu de reprendre aussitôt l'aurothérapie, le patient attend un nouveau mois. Cette nouvelle série d'or est inefficace et le malade fait une auride.

Il est très difficile de juger le moment exact où on doit reprendre l'aurothérapie. Forestier fait facilement des séries d'entretien, Coste préfère attendre que les premiers symptômes douloureux et objectifs apparaissent pour traiter à nouveau le patient. Nous venons de voir que des séries d'entretien systématiques, réalisées dans certaines conditions défavorables, et des cures auriques trop tardives, pouvaient également présenter des inconvénients. Dans un cas réactivation des arthrites, dans l'autre action nulle du traitement.

OBSERVATIONS DU DOCTEUR FORESTIER

Les trois observations qui suivent ont pour but précis de montrer l'allure de la courbe de Sédimentation globulaire au cours des traitements des polyarthrites par les sels d'or.

L'observation n° 1 montre une polyarthrite symétrique datant de 8 mois. Deux séries de 1.30 d'Allochrysine entraînent une très grosse amélioration, il n'y a plus d'éléments synoviaux articulaires, la courbe de sédimentation (chiffre de la première heure) revient à des chiffres normaux.

L'observation n° 2 concerne une femme atteinte d'une polyarthrite symétrique datant de 1 an. Avec trois séries d'Allochrysine de 1.50, 1.40 et 2 grammes, la SR arrive à des chiffres normaux inférieurs à 10. Cette observation montre également la légère ascension de la SR au-dessus de la normale à l'occasion d'une grippe.

L'observation n° 3 est particulièrement intéressante.

La courbe montre tout d'abord la chute de la SR à la suite de la première série d'Oléosolganal. La malade va de mieux en mieux au point de vue articulaire et en novembre 1933 elle est depuis longtemps en excellent état articulaire. Cependant depuis avril 1933 la courbe de sédimentation a quitté la zone normale et s'est établie à 10. Or si l'examen articulaire est négatif, l'examen radiologique et clinique montre une lésion pulmonaire tuberculeuse, discrète, avec absence de bacilles dans les crachats.

Forestier estime qu'une SR même légèrement plus élevée que la normale doit faire rechercher, quand les arthrites ont disparu, une lésion viscérale qui sera peut-être à l'origine de l'Arthrite et susceptible, si elle n'est pas traitée, de favoriser une récurrence articulaire.

De nombreuses courbes comme celles-ci, Forestier conclut, comme nous l'avons dit plus haut :

1° A la nécessité d'une guérison à la fois biologique et clinique ;

2° A la valeur d'une SR anormalement élevée, pour soupçonner soit une récurrence articulaire prochaine, soit une épine viscérale.

Enfin, c'est de ces considérations que découle pour Forestier la nécessité de cures d'entretien dont nous donnons la technique dans les chapitres suivants.

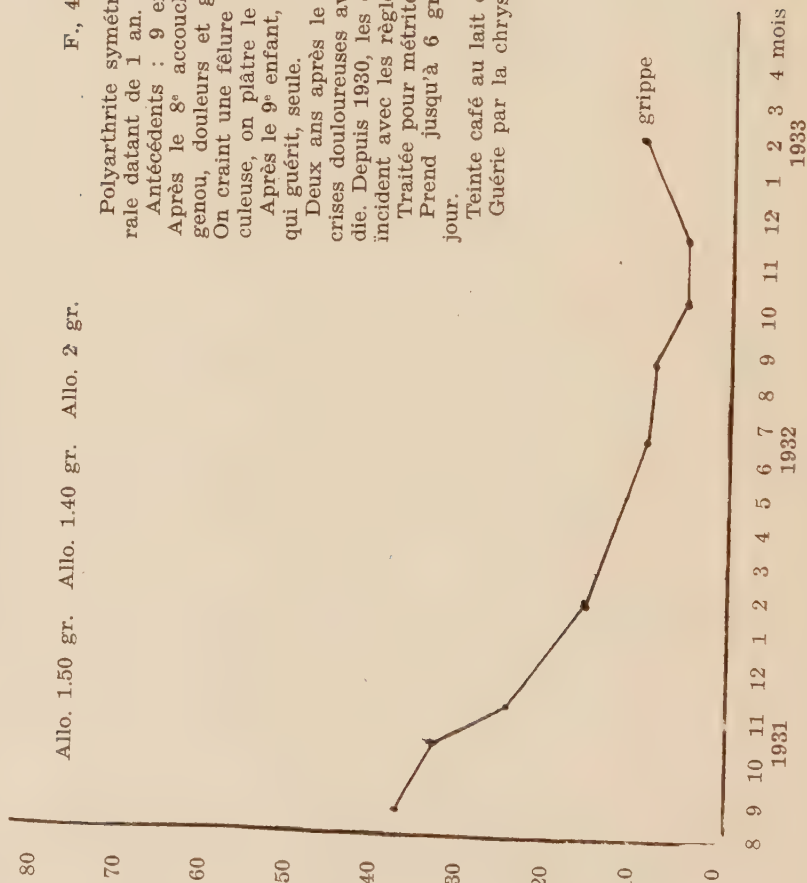
Nous n'avons pas, à Cochin, obtenu des courbes de sédimentation, dont la descente s'effectue aussi régulièrement quand les arthrites s'amendent. Il est possible, comme nous l'avons déjà dit, qu'il ait manqué

l'application d'une technique rigoureuse. Nous avons eu, quelquefois, l'impression que la sédimentation ne s'élève qu'après les premiers signes cliniques. Ainsi, dans une de nos observations (n° 84), la malade revient consulter avec un genou chaud, gonflé et une SR à 6 seulement pour la première heure. Ce chiffre est normal et contrastait avec l'arthrite du genou en pleine récurrence. Il est juste d'ajouter que ce chiffre était déjà supérieur aux chiffres donnés par deux examens faits antérieurement, pendant la période de guérison, ces chiffres étaient : 2 et 3.

Les observations de Forestier montrent également la façon particulière (déjà usitée dans les pays scandinaves), de noter les localisations articulaires des patients et leurs caractéristiques. Il est ainsi possible avec un peu de discipline de voir immédiatement la marche de la maladie et l'effet du traitement. Les signes conventionnels correspondant à des désordres articulaires précis, évitent une description longue et souvent touffue.

SR
au bout de 1 heure

I
COURBE DE SEDIMENTATION



F., 48 ans.

Polyarthrite symétrique peut-être puerpérale datant de 1 an.

Antécédents : 9 enfants dont 8 vivants. Après le 8^e accouchement, chute sur le genou, douleurs et gonflement consécutifs. On craint une fêlure et une évolution tuberculeuse, on plâtre le genou.

Après le 9^e enfant, douleur au genou droit qui guérit, seule.

Deux ans après le dernier accouchement, crises douloureuses avec fièvre et tachycardie. Depuis 1930, les crises douloureuses coïncident avec les règles.

Traitee pour métrite hyperplasique.

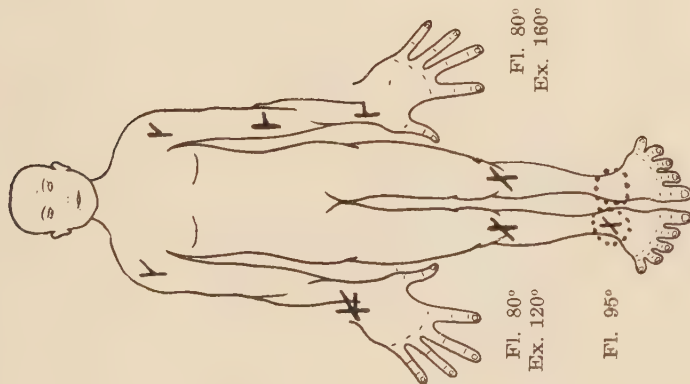
Prend jusqu'à 6 grammes d'aspirine par jour.

Teinte café au lait des téguments.

Guérie par la chrysothérapie.

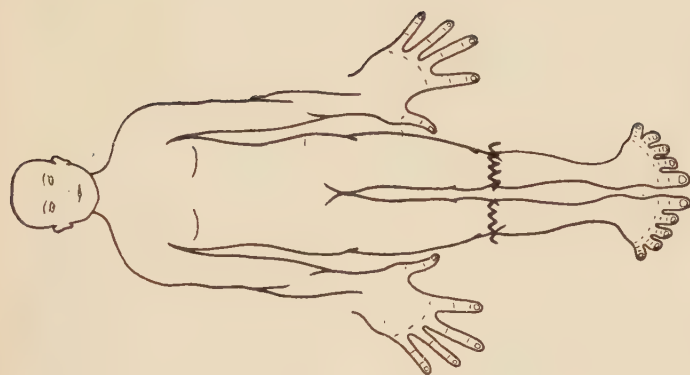
Mme de M.

Polyarthrite probablement puerpérale.



Avant tout traitement.

⊥	Sensibilité aux mouvements extrêmes
+	Sensibilité à la palpation et aux mouvements
⌋	Raideur. Légère limitation des mouvements extrêmes
⌋	Limitation des mouvements exprimée par le chiffre indiqué à côté de la figure
⊙	Gonflement péri-articulaire
○	Gonflement synovial (Hydrarthrose)
◻	Gonflement et déformation osseux
⌋	Crépitation Froissements
••	Corps étrangers

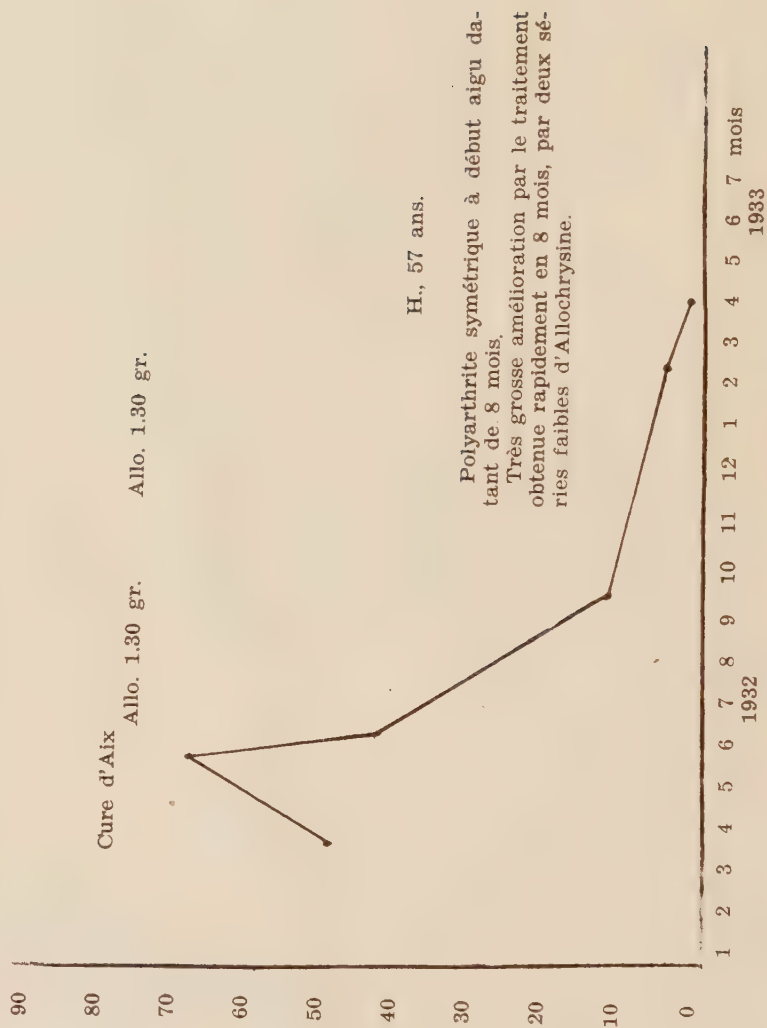


Après trois séries d'Allochrysine, à doses faibles :

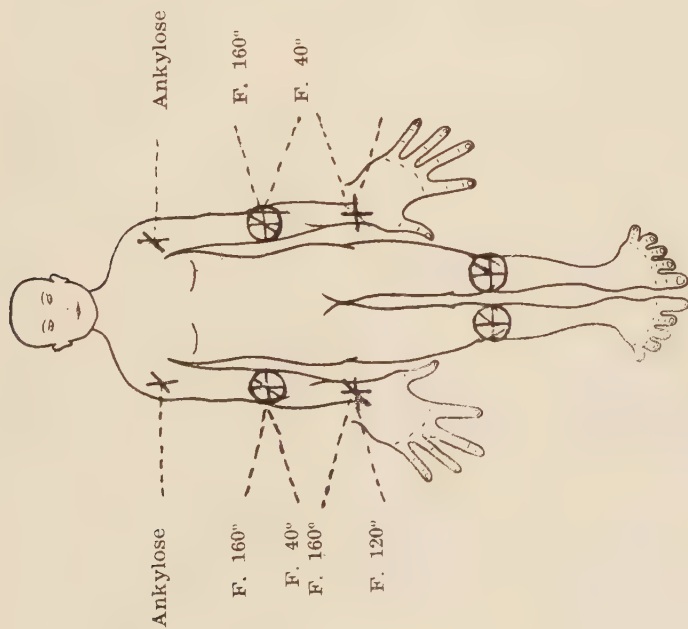
1^{re} série : 1.50 gr.2^e série : 1.40 gr.3^e série : 2 gr.

SR
au bout de 1 heure

II
COURBE DE SEDIMENTATION

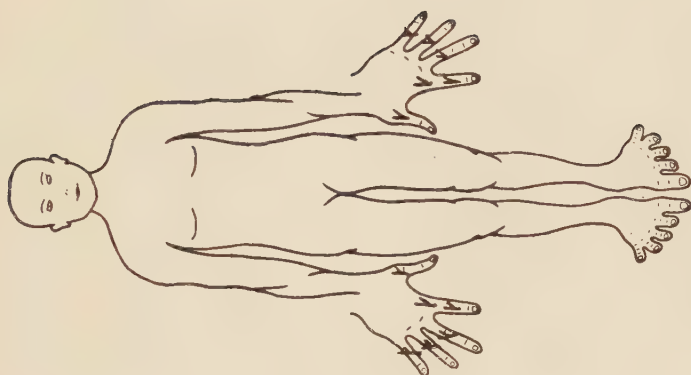


Polyarthrite symétrique récente.



Avant traitement.

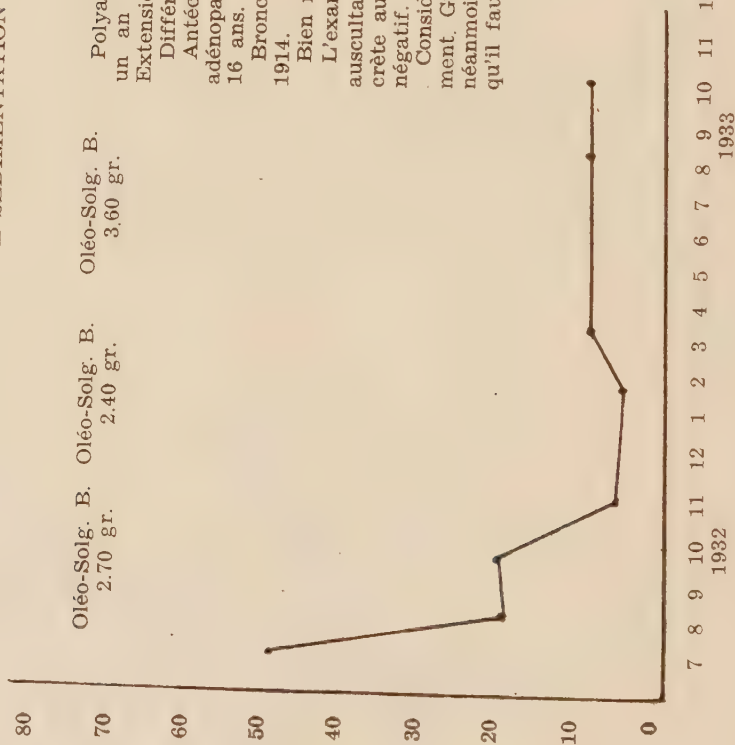
⊥	Sensibilité aux mouvements extrêmes
+	Sensibilité à la palpation et aux mouvements
Y	Raideur. Légère limitation des mouvements extrêmes
X	Limitation des mouvements exprimée par le chiffre indiqué à côté de la figure
⊙	Gonflement péri-articulaire
○	Gonflement synovial (Hydarthrose)
◻	Gonflement et déformation des osseux
≡	Crénelation Fraitements
⋮	Corps étrangers



Après 2 séries d'Allochrysine de 1.30 gr.

SR
au bout de 1 heure

III
COURBE DE SEDIMENTATION



F., 40 ans, célibataire.

Polyarthrite subfébrile ayant débuté il y a un an par une articulation phalangienne. Extension progressive.

Différents traitements sans succès.

Antécédents : Ganglions cervicaux et adénopathie trachéo-bronchique à l'âge de 16 ans.

Bronchite ayant duré plusieurs mois, en 1914.

Bien réglée.

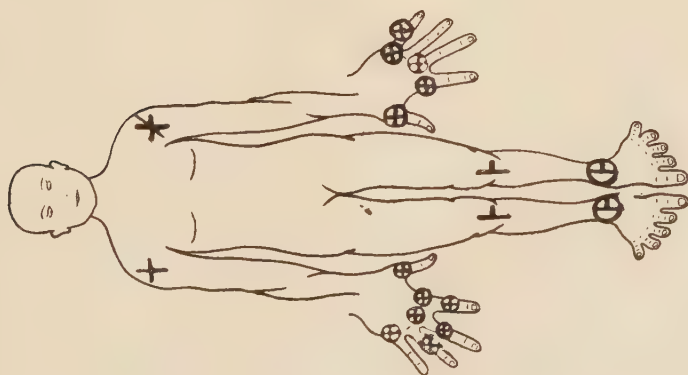
L'examen pulmonaire montre des signes auscultatoires et radiologiques d'une γ discrète au sommet droit. Examen de crachats négatif.

Considérablement améliorée par le traitement. Guérison clinique et sérologique, mais néanmoins SR à 10 pour la première heure, qu'il faut rapporter à la lésion pulmonaire.

III

Mlle G.

Polyarthrite tuberculeuse (?) datant de 10 mois.



Avant le traitement
10 août 1932



Après 3 séries de Slg. B. aq.
1^{re} série : 2.70 gr.
2^e série : 2.40 gr.
3^e série : 3.60 gr.

+	Sensibilité aux mouvements extrêmes
+	Sensibilité à la palpation et aux mouvements
+	Raideur Légère limitation des mouvements extrêmes
+	Limitation des mouvements exprimée par le caractère en sautoir à côté de la figure
○	Gonflement péri-articulaire
○	Gonflement synovial (Hydrarthrose)
□	Gonflement et déformation osseux
⚡	Crépitation Erosions
••	Corps étrangers

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS DE LA CHRYSOTHERAPIE. LEUR TRAITEMENT.

Nous avons vu au chapitre précédent les rapports qui existent entre les accidents auriques et les variétés d'arthrites traitées. Nous n'y reviendrons pas ici, où nous nous proposons de rechercher tout d'abord s'il existe des moyens de prévoir ces accidents.

L'Eosinophilie est-elle un signe avertisseur des accidents auriques ?

Dumarest, Mollard et Pavie ont écrit qu'une ascension de l'éosinophilie à un taux égal ou supérieur à 5 ou à 10 pour 100 doit mettre en garde contre l'imminence d'accidents d'intolérance. Cette remarque faite chez les tuberculeux traités par l'aurothérapie, fut étendue par Lebeuf et Mollard aux cures auriques pratiquées chez les porteurs d'affections cutanées.

Avec notre maître Coste nous avons recherché si, chez les rhumatisants, en traitement par le Solganal B s'observaient des faits analogues.

Voici les conclusions que nous donnions dans le numéro du 3 décembre 1932 de « Paris Médical » :

Les examens portaient sur 54 séries d'or, et étaient pratiqués par la même personne sur des malades à jeun.

« 1° La plupart des examens que nous avons eu la chance de pouvoir effectuer très peu avant l'éclosion des accidents ne nous ont pas révélé de poussée éosinophilique. On ne peut donc généralement pas prévoir les accidents en surveillant la courbe de l'éosinophilie.

2° Une fois les accidents apparus, l'éosinophilie devient plus fréquente. Sur 19 malades ayant présenté des accidents dits d'intolérance, elle existe 6 fois. Elle est surtout marquée dans les aurides cutanées durables et l'urticaire. Sur 5 cas de phénomènes dits biotropiques, elle existe 3 fois. Mais il est bien évident que sa constatation est désormais sans intérêt pratique, puisque les manifestations cliniques l'ont devancée.

« 3° D'ailleurs, quand on suit la courbe éosinophilique chez les malades qui ne présentent pas d'accidents, on s'aperçoit qu'elle passe par des niveaux souvent aussi élevés qu'au cours des accidents d'intolérance ou de biotropisme. Sur 15 malades, 8 ont présenté à un moment donné de leur cure un taux supérieur à 5 p. 100 (dans un cas ce dernier atteint même 20 p. 100), et le détail des observations montre que la cure a pu néanmoins être poursuivie sans incident, malgré l'emploi de doses assez élevées.

« Si l'on tirait argument d'une éosinophilie égale ou supérieure à 5 p. 100 pour interrompre la cure, on priverait, le plus souvent inutilement,

de nombreux malades du bénéfice de la chrysothérapie. La surveillance de l'éosinophilie est donc sans aucune valeur dans la chrysothérapie du rhumatisme chronique, tout au moins lorsqu'on se sert de l'aurothiogluco-
cose. Mais il en est sans doute de même avec les autres sels d'or.

« Nous nous étions également demandé si le pourcentage leucocytaire et la numération globulaire, avant traitement, pouvaient faire prévoir des accidents éventuels. Dans aucun cas il n'y eut, pour ces deux examens, de différence entre les malades qui présentèrent des accidents et ceux qui restèrent indemnes. Une éosinophilie supérieure, au départ, à 5 p. 100 ne signifie rien quant au risque d'accidents. De même l'évolution du pourcentage leucocytaire et de la leucocytose chez les rhumatisants, ne présenta rien de particulier chez les malades qui firent des accidents. On ne trouvait pas non plus à la fin de cures, même très importantes, une augmentation progressive des éléments non granuleux du sang, permettant d'envisager le dépistage précoce des agranulocytoses ariques par une surveillance constante de la formule sanguine.

« En somme, il ne sert pas à grand'chose de soumettre les rhumatisants traités par l'or à des contrôles hématologiques répétés. Leur signification est ou complètement incertaine ou trompeuse. La surveillance clinique et l'interrogatoire minutieux du malade, renouvelés à chaque injection renseigneront bien plus sûrement sur l'état de sa tolérance. Par mesure de précaution, il sera bon cependant de ne pas commencer la cure arique sans avoir fait une numération des globules blancs et rouges avec pourcentage leucocytaire, ni recherché le temps de saignement et le signe du lacet. Par la suite, à condition de suivre attentivement les réactions du sujet, on pourra le plus souvent se passer d'examen de sang pendant toute la durée du traitement, n'y recourant qu'en cas d'indications cliniques spéciales. »

Aucun fait nouveau n'est venu modifier cette façon de voir qui implique une connaissance approfondie du malade, de la posologie à appliquer, et des modalités cliniques d'apparition et d'évolution des accidents. Ce sont celles-ci que nous allons passer en revue, en donnant chemin faisant la thérapeutique à mettre en œuvre.

Réactions Focales

Les Réactions Focales surviennent dans des conditions différentes selon que le malade a ou non déjà reçu des sels d'or.

1° Lors d'une première série d'or, on observe rarement des Réactions Focales à la période évolutive moyenne des Arthrites, c'est-à-dire, quand les signes synoviaux sont au maximum. Les Réactions Focales se voient, surtout, à la période d'organisation fibreuse du tissu inflammatoire, lorsque les gonflements perdent leur caractère entièrement inflammatoire, lorsque les mouvements commencent à se limiter. De même dans

certaines polyarthrites, sans gonflement appréciable, les Réactions Focales peuvent être intenses.

Ces Réactions Focales, qui surviennent à l'occasion d'un premier essai de Chrysothérapie, sont généralement précoces, consistant uniquement en exacerbation des douleurs, augmentation de la raideur articulaire, légère fatigue et fièvre modérée, sans gonflement ni exsudat. Leur durée n'excède pas trois à quatre jours, elles obligent rarement à interrompre le traitement.

2° Très différentes sont les Réactions Focales qui se montrent chez des patients traités antérieurement par les sels d'or.

On les observe généralement dans trois occasions :

a) A la fin d'un traitement anormalement prolongé.

b) Au cours d'une série de consolidation, entreprise, alors que le malade ne souffre plus et qu'il n'a qu'un minimum de signes articulaires.

c) Lorsqu'un trop grand intervalle a été laissé entre deux séries d'or et que l'on traite le patient en pleine poussée articulaire nouvelle.

Ici les Réactions Focales prennent un caractère nouveau, elles équivalent à une poussée évolutive de la maladie articulaire. Elles s'accompagnent de tuméfaction des jointures, de nouvelles localisations, de fièvre élevée, de grosse fatigue et d'atteinte de l'état général.

L'aurothérapie, qui a déclenché ces réactions violentes, est impuissante à les juguler et la poursuite du traitement n'aboutit qu'à créer un état de mal articulaire permanent.

Certains rhumatisants semblent prédestinés à des Réactions Focales violentes, ce sont les sujets atteints de Spondylose rhizomélique, de rhumatisme articulaire aigu, mais surtout les femmes atteintes de maladie de Charcot. Les formes très exsudatives, polysynovites, polyhyarthroses, sont rarement le siège de Réactions focales.

On peut les éviter dans bien des cas, en ne pratiquant le traitement que dans un moment opportun, en ne le prolongeant pas outre mesure. Quand l'injection d'un sel d'or a provoqué une Réaction Focale, il faut avoir la patience d'attendre qu'elle soit calmée pour pratiquer une nouvelle injection. On ne doit pas espérer la réduire en doublant les doses et en précipitant le traitement. Fréquemment, il n'y aura pas besoin de réduire la quantité injectée, mais simplement d'espacer les injections. Parfois il conviendra de suspendre le traitement et de remettre à la médication analgésique le soin de préparer le malade à un essai ultérieur.

Les cures auriques importantes entraînent souvent de la fatigue. Le symptôme peut être incident ou révéler l'apparition prochaine d'accidents chrysothérapiques. Toute fatigue, qui persistera au delà des 48 heures suivant les injections, sera tenue pour suspecte et devra, par un examen complet du malade, faire rechercher les signes de début d'un accident possible.

Accidents cutanés

Les plus fréquents sont les Accidents Cutanés. Ils vont du simple érythème à l'érythrodermie. L'érythème peut être constitué par des éléments isolés, petites ou grandes macules, soit par des éléments confluents à caractère ortié.

Ces érythèmes peuvent être précoces ou tardifs ; il ne faut pas tirer du moment où ils se situent dans la cure, un caractère certain de bénignité ou de gravité. La plupart des auteurs admettent que les érythèmes précoces (érythèmes dits du neuvième jour en particulier) sont bénins et cèdent à l'augmentation des doses. Nous croyons que seule est démontrée et compatible avec la continuation du traitement, la « relative bénignité » des érythèmes de type urticarien, survenant au début d'une cure de Solganal B.

L'érythème s'annonce généralement par du prurit. Les deux manifestations prurit et rougeur peuvent apparaître ensemble. Cependant, il est nécessaire d'attirer l'attention du malade sur des manifestations prurigineuses anormales.

Parfois à ces démangeaisons s'ajoute, en dehors de tout grattage, une sensation de chaleur locale de la peau. C'est généralement à l'endroit où cette sensation thermique se manifeste, qu'apparaîtront les premières aurides.

Si le malade signale du prurit, il n'y a pas lieu de cesser brusquement le traitement mais il faut guetter l'apparition de l'érythème. Ce prurit peut survenir dans les 24 heures qui suivent la piqûre et disparaître en une douzaine d'heures. Il peut se manifester par crises durant quelques minutes, une heure, apparaissant chaque jour à des moments presque fixes de la journée, souvent après les repas, ou le soir, quand le malade se déshabille. Il semble, dans ce dernier cas, être la simple exagération du prurit presque physiologique, qui suit l'exposition à l'air de la peau, bridée dans la journée par les vêtements (A. Lumière).

Quand l'érythème est apparu, il peut certes disparaître, mais souvent l'auride cutanée est tenace, peut se modifier ultérieurement dans ses caractères et être le point de départ d'une lésion cutanée durable.

Des considérations, liées au terrain, permettent de prévoir certaines manifestations cutanées de l'intolérance.

Les psoriasiques sont prédisposés aux érythrodermies. Mais surtout, il faut insister sur la façon très particulière dont débudent les accidents cutanés chez ces malades : ils s'annoncent dans la règle par une recrudescence des éléments psoriasiques, que le malade signale toujours, car surtout dans les psoriasis discrets, il tient le compte exact des taches psoriasiques dont il est porteur.

Les éléments peuvent augmenter simplement de volume, parfois de nouveaux apparaissent sur des intervalles de peau saine, précédés dans une courte période par des macules surélevées, prenant rapidement l'allure de taches de bougie.

Cette observation a une portée assez générale. Les malades atteints de dermatoses semblent prédisposés aux aurides cutanées. Celles-ci tendent à simuler l'affection cutanée dont le malade est atteint : aurides psoriasiformes, eczématiformes, pytriasiformes, poussée d'acné chez des acnéiques habituels.

Inversement, dans certains cas, sans qu'il y ait eu un point d'appel, un eczéma peut naître d'une cure aurique et persister après elle ; de même après un érythème aurique bénin, le malade peut présenter de l'urticaire après l'ingestion d'œufs, de poissons, etc... Dans le premier cas, l'or n'a sans doute été qu'un des nombreux facteurs occasionnels susceptibles d'entretenir la lésion cutanée. Dans le deuxième cas, il révèle une prédisposition de l'organisme à être le siège de manifestations cutanées qui, la cure aurique terminée, se perpétueront sous l'influence de facteurs d'entretien, alimentaires ou autres. Un érythème dont on méprise l'importance peut également, si le traitement est continué aux mêmes doses, se transformer en érythrodermie généralisée. Celle-ci est toujours une complication grave qu'il ne faut pas confondre avec la simple transformation eczématiforme d'aurides localisées.

L'érythrodermie peut exister d'emblée. Il semble qu'elle survienne avec électivité chez les malades à tares rénales.

Accidents muqueux

Les Accidents Muqueux accompagnent fréquemment les accidents cutanés, ils ne comportent un pronostic particulier que par leur siège.

Les conjonctivites sont loin d'être rares, elles peuvent exister isolément et s'accompagnent rarement de kératite.

Les aurides muqueuses buccales sont fréquentes. Elles s'annoncent généralement par une sensation de chaleur des muqueuses, de gêne à la mastication et même à la parole. Souvent, elles sont sous la dépendance de causes locales. C'est pourquoi elles apparaissent avec électivité : aux points d'appui des appareils dentaires, sur les muqueuses gingivales et palatines, en face d'un chicot sur les muqueuses jugales, sur une plaque leucoplasique.

La pyorrhée alvéolo-dentaire crée un point d'appel à l'inflammation des gencives. Ces aurides comportent des soins particuliers : mise en état de la bouche avant le traitement ; usage d'un dentifrice à base d'arseno-benzènes.

La vulvite, les aurides anales sont souvent dues à l'extension des plaques érythémateuses qui naissent sur le pubis et à la face interne des cuisses. Elles sont parfois le siège d'un prurit intolérable. Les lésions de grattage qui en sont la conséquence favorisent, peut-être, l'eczématisation secondaire qui est assez fréquente.

La muqueuse nasale, la muqueuse trachéo-bronchique sont le siège d'un enanthème qui s'accompagne souvent de toux coqueluchoïde et coexiste souvent avec une bronchite aurique.

Accidents pulmonaires

La Bronchite Aurique est une complication vraiment fréquente avec le Solganal B. Avec Coste, nous distinguerons la Bronchite aurique simple qui s'accompagne d'une légère température, d'une toux sèche sans expectoration notable ou parfois à la période de coction de l'expulsion de crachats gommeux, absolument semblables à ceux que l'on observe dans les trachéites tabagiques, par exemple.

Cette bronchite est bénigne, dans la règle relativement brève, quoique pouvant persister, mais rarement après la fin du traitement.

Ces bronchites « ne commandent nullement d'interrompre la cure. « Il faut simplement réduire les doses ou espacer les injections et surveiller chaque jour l'état pulmonaire. » (Coste.)

A côté de ces bronchites, fréquentes dans le traitement par l'aurothioglucose, il faut placer les pneumopathies graves qui surviennent à la suite de grosses doses de Solganal sur des organismes débilités. Il s'agit ici d'affections graves d'emblée avec profonde atteinte de l'état général, fièvre élevée et qui sont dans la règle des manifestations broncho-pulmonaires dues au pneumocoque.

Ces formes graves peuvent être évitées, si l'on a soin de ne pas entreprendre un traitement dont la brutalité est disproportionnée à la résistance du malade.

Dans un seul cas, chez un malade porteur d'une ostéoarthrite tuberculeuse du genou, l'examen des crachats a montré des bacilles de Koch.

La Grippe Aurique est une éventualité relativement peu fréquente qui cède très vite à un repos d'une à deux semaines, mais se renouvelle à peu près à chaque série.

Mises à part les manifestations pulmonaires graves que nous avons signalées plus haut, pour mieux les opposer aux bronchites bénignes, tous les accidents que nous venons de relater relèvent une fois apparus de la même thérapeutique.

A leur début : réduction des doses ou espacement des injections, ou même arrêt du traitement.

A leur période d'état, c'est-à-dire une fois confirmé leur caractère de malignité : arrêt du traitement si ce n'est déjà fait, injections intraveineuses, quotidiennes, de 10 à 20 centimètres cubes d'Hyposulfite de soude à 20 %, déjà préconisées par M. Ravaut, dans les accidents dus aux arséno-benzènes, ou injections intramusculaires d'Hyposulfite de magnésium selon la méthode de M. Lumière.

Eventuellement, adjonction d'auto-hémothérapie ou d'auto-sérothérapie.

Ces injections médicamenteuses ont des effets curateurs indiscutables. Il serait vain de les employer au début du traitement pour assurer le malade contre les accidents chrysothérapiques, ils n'ont pas d'effet préventif.

De même, l'administration de glucose ou d'extrait hépatique, souvent préconisée, n'est d'aucune utilité réelle. Nous n'avons relevé aucune différence de tolérance entre les malades assujettis à l'ingestion de ces deux médicaments et ceux qui en étaient dispensés. Parfois même, le point de départ de diarrhées auriques a semblé être la diarrhée légère qui suivait le véritable gavage de glucose auquel se soumettaient certains malades.

Ces accidents relèvent donc d'une thérapeutique commune dont l'efficacité est prouvée et qui, mise en œuvre rapidement, doit aboutir à des résultats heureux. Toutefois, quand on reprendra le traitement, il faut bien savoir que la tolérance du malade peut être encore plus limitée qu'au premier essai de Chrysothérapie. Mais il peut arriver qu'un malade fasse un accident unique, bénin, qui ne se reproduira plus au cours des séries ultérieures.

Accidents liés à des lésions viscérales préexistantes

Les Tares Organiques dont le sujet est atteint modifient les conditions de traitement dans une large mesure. Il faudrait peut-être dire ici moins intolérance qu'action défavorable des sels d'or sur des affections contre lesquelles ils ne sont point dirigés intentionnellement, et sur des organes qu'ils lèsent au passage. Il en résulte néanmoins trop souvent, quand on les méconnaît, la surprise d'accidents désagréables et l'obligation de limiter le traitement. Avant toute chrysothérapie, un bilan de l'organisme doit être établi.

Le Rein réagit par des néphrites précoces et graves dont MM. Bourgeois et E. Bernard ont rapporté des exemples. Nous n'en avons pas observé. Mon Maître Coste insiste surtout sur des néphrites tardives, dans la règle discrètes et bénignes, qui se traduisent, à l'exclusion de tout signe clinique, par une albuminurie légère et une petite ascension de la Constante d'Ambard, albuminurie et ascension transitoires qui disparaissent toujours et qui, sous la condition d'une surveillance attentive, ne doivent pas faire interrompre le traitement.

Nous avons observé récemment une néphrite tardive, mortelle, à la suite d'un total important d'Oléo Solganal, précédée par un zona et une érythrodermie. Comme l'ont indiqué Coste et Perles, la coïncidence de l'érythrodermie et de la néphrite semble assez fréquente, s'accompagnant parfois d'une azotémie assez considérable. Il faut donc avant le traitement pratiquer une exploration de la fonction rénale : recherche de l'albumine, détermination de la Constante d'Ambard, et modeler le traitement sur les résultats obtenus.

Le Cœur réagit de façons diverses à l'or. Il semble surtout sensible chez les sujets âgés, légèrement hypertendus. Fréquemment chez ceux-ci, au cours d'une cure aurique, on constate de l'essoufflement, des palpitations, quelques extrasystoles. En même temps apparaît un léger gonfle-

ment des malléoles à la fin de la journée. Il s'y lie parfois un léger état azotémique.

Les porteurs jeunes de cardiopathie valvulaire supportent le plus souvent parfaitement l'or. Il n'est pas rare néanmoins de constater dans les mois qui suivent quelques signes discrets de défaillance cardiaque, qu'ils n'avaient pas présentés auparavant.

Le Foie, par contre, semble un organe particulièrement résistant aux sels d'or. On peut traiter des hépatiques, des cirrhotiques porteurs d'ascite, avec, il est vrai, une certaine discrétion dans les doses sans observer d'accidents.

Plus importants, non par leur fréquence qui est réduite, mais par leur gravité sont les Accidents Sanguins dont M. Ameuille a également montré l'importance dans la Chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. Dans la plupart des cas il est probable que l'aurothérapie ne fait qu'accroître un désordre hématologique latent et qui lui était antérieur. Quand ils sont dépistés à temps, ils restent généralement bénins.

Comme nous l'avons déjà dit, on peut les prévenir :

1° en écartant du traitement aurique tous les malades qui montreraient une formule sanguine tendant à l'agranulocytose. C'est une éventualité rare et d'ailleurs discutable, car les Allemands ont montré l'action heureuse du Solganal dans certaines agranulocytoses d'origine infectieuse.

2° En recherchant systématiquement, avant traitement, un syndrome hémogénique par l'interrogatoire et des examens : signe du lacet, temps de saignement, temps de coagulation.

3° En n'intriquant pas cures radioactives et cures auriques. L'or étant certainement moins toxique pour les polynucléaires que les Rayons X ou le Radium, il convient de toujours commencer par la Chrysothérapie, et de suivre, chez ces malades, l'évolution de la formule leucocytaire.

Contre tous ces accidents, il n'existe pas de thérapeutiques particulières, c'est surtout par un examen complet préalable que l'on évitera leur apparition.

Et à ce propos il convient d'insister sur la nécessité de ne pratiquer que des traitements peu intenses et très étalés chez certains malades dont l'état général est précaire. Il s'agit en général (presque tous nos accidents viscéraux graves sont survenus dans des cas analogues) de patients porteurs d'une vieille polyarthrite, étendue, cachectisante. Ces malades sont des fragiles qui supportent difficilement des cures normales. Il faut chez eux savoir se contenter de résultats limités : diminution des douleurs, léger gain sur la limitation des mouvements.

Nous terminerons ce chapitre en disant qu'en matière d'intolérance de l'organisme pour l'or, il convient d'être prudent ; souvent un accident en appelle un autre, et le dernier maillon de cette chaîne risque d'en être le plus grave.

Avant de donner les posologies, qui nous semblent favorables pour chaque forme clinique, nous résumerons les principaux généraux de la chrysothérapie des arthrites.

CONDUITE GENERALE DU TRAITEMENT

L'examen de l'Arthrite et de l'organisme malade fournit un certain nombre de probabilités et, si l'on peut dire, une opinion moyenne sur ce que sera la cure aurique. C'est le moment de choisir le sel d'or que l'on veut utiliser et de fixer le nombre et le rythme des séries.

Forestier a voulu que la chrysothérapie des Rhumatismes chroniques fût ambulatoire. Cela est en général possible et, le plus souvent, si le malade est confiné au lit, c'est du fait du Rhumatisme et non du traitement. Cependant chez les malades fatigués, au cours de séries fortes, une activité réduite, l'absence de préoccupations semblent des conditions favorables à une bonne tolérance et à un succès thérapeutique.

Nous avons dit que Forestier considérait l'Allochrysine comme particulièrement arthrotrope. Coste pense que les sels d'or ont un tropisme articulaire à peu près équivalent, que seule leur tolérance par l'organisme diffère et que pour un sel d'or donné, certains accidents seront presque toujours bénins et d'autres risqueront d'être toujours graves.

Ainsi l'Allochrysine et le Crisalbine ont une tendance particulière à donner des érythèmes, qui se transforment facilement en érythrodermie. Il sera donc préférable de ne pas les utiliser chez les psoriasiques, chez les porteurs d'affections cutanées et chez les malades présentant des tares rénales.

Le Solganal B., qu'il soit en suspension huileuse ou en solution aqueuse, donne également des incidents cutanés. Mais, fréquemment, ces aurides restent stationnaires et se contentent de manifester un peu d'activité les jours qui suivent la piqûre. Si les injections sont suffisamment espacées, les aurides sont compatibles avec une cure normale.

Par contre, le Solganal B. provoque souvent des Réactions Focales intenses, même à des doses minimes, c'est là un désavantage net. Malgré sa toxicité relativement faible, c'est lui qui a donné le plus d'accidents viscéraux. Cela tient d'ailleurs beaucoup moins à une nocivité particulière du Solganal B. qu'aux doses fortes injectées dans le début de nos essais avec Coste. Ces doses étaient hors de proportion avec la marge de toxicité entre l'aurothioglucose et les autres sels d'or.

Le Solganal B. devra donc être utilisé chez les malades qui font facilement des éruptions cutanées, mais « rien ne serait plus dangereux que « de se fier à sa toxicité modérée pour en injecter aveuglément de grosses doses ». (Coste.)

Chez les tarés, les individus en état de déchéance organique, la crainte d'accidents viscéraux graves empêchera d'utiliser, entièrement, la bonne tolérance du Solganal, habituelle à l'organisme sain.

Depuis l'époque où nous avons recueilli les observations qui ont servi

de base à ce travail, nous avons employé à l'hôpital Cochin, concurremment avec les sels d'or étudiés ici, deux nouveaux produits :

le Myoral et la Myochrysine.

L'expérience que nous en avons est récente et nous ne nous sommes pas livré, pour eux, au même travail de détail, aussi nous est-il impossible de formuler des remarques précises sur leur emploi dans le traitement des arthrites. Cependant, les résultats obtenus les apparentent au point de vue toxicité et efficacité au Solganal B., dont leur formule est d'ailleurs voisine.

Nous allons donner maintenant un schéma posologique général.

Pour tous les sels d'or que nous avons maniés, il existe quant aux doses injectées un pla- fond que l'on ne saurait dépasser sans ris- ques

Les doses unitaires maximum et la fréquence des injections seront pour les divers sels d'or :

— Allochrysine : 10 centigrammes tous les 5 jours.

— Crisalbine : 25 centigrammes tous les 7 jours.

— Oléo Solganal B. et Solganal B. Aqueux : 25 centigrammes deux fois par semaine.

Il est certain que dans des cas particuliers, parfois prévisibles, ces doses peuvent être dépassées. Ainsi chez un malade de Coste nous avons injecté, sans inconvénients sérieux, 0,75 gr. de Solganal B par semaine. Mais cette dérogation momentanée risque, si une série heureuse incite à la transformer en règle, d'être payée fort cher, à l'occasion d'un nouveau traitement.

La cure aurique doit être limitée dans le temps

Certains auteurs pensent que, puisque les petites doses sont généralement bien tolérées, il n'y a qu'avantage à les poursuivre pendant un grand nombre de semaines. Lacapère, notamment, est arrivé à injecter un total de cinq grammes de Solganal par 0,10 gr. toutes les semaines. Le traitement était réparti sur cinquante semaines, presque un an.

Nous pensons personnellement que cette posologie en regard de bénéfices douteux comporte des désavantages certains.

Outre la rigidité d'une telle conception thérapeutique :

— Les petites doses sont insuffisantes dans de nombreux cas où, le total atteint, l'imprégnation résultant de la régularité de l'apport aurique, ne sauraient remplacer la densité d'action, d'une suite de doses moyennes injectées en un laps de temps relativement court.

— De plus, des séries trop longues, même avec des doses faibles, sont susceptibles d'être interrompues par des Réactions Focales qui sont aurorésistantes et qui transforment un bon résultat en un résultat défavorable.

— Enfin une série prolongée augmente, du fait même de sa durée, les risques d'accidents. Et l'expérience montre que souvent, lorsqu'une première série aurique s'est terminée par un incident cutané ou muqueux, l'organisme est moins tolérant au cours de séries ultérieures. Celles-ci sont fréquemment écourtées par la récurrence précoce de l'auride.

Limitée dans le temps, limitée dans les doses, la cure aurique le sera donc également dans le total injecté

Types de traitement :

— Pour l'Allochrysin et pour la Crisalbine : un traitement d'importance moyenne comprendra en 4 mois un total de 1,50 gr. par 0,10 gr. hebdomadaire. Il sera difficilement possible de faire des traitements plus intenses.

— Pour le Solganal B. : des séries moyennes seront constituées en 3 mois environ par un total de 2,50 gr. par 0,20 gr. ou 0,25 par semaine injectés en une ou deux fois.

— Pour le Solganal B. des séries fortes comprendront en deux mois à deux mois et demi : un total de 4 à 5 gr. par 0,25 gr. répétés deux fois par semaine.

Il n'y a pas intérêt à tâter la susceptibilité de l'organisme par des doses très faibles de un à deux centigrammes. Dès le début on doit injecter cinq centigrammes.

Si des réactions violentes se manifestent d'emblée, soit focales, soit cutanées, muqueuses ou viscérales, plutôt que d'essayer de tourner la difficulté en diminuant les doses, il est préférable de surseoir à la Chrysothérapie et d'attendre un moment plus favorable.

Si le malade n'accuse pas de phénomènes désagréables, on passe rapidement aux doses nécessaires pour atteindre dans un temps donné le total que l'on s'est fixé.

Interruption du traitement

Une fois ce total atteint, il faut savoir s'y tenir et ne pas tabler sur la tolérance de l'organisme pour pousser à fond, l'avantage obtenu sur le rhumatisme. Cet arrêt est un arrêt thérapeutique. Il fait partie du traitement.

Il permet à l'organisme d'éliminer le sel métallique et de se préparer à un nouvel assaut médicamenteux.

Le bénéfice acquis peut se montrer seulement au cours de ce repos : c'est le cas fréquent des séries à doses faibles ou moyennes.

Survenu en cours de cure, il s'accroît pendant l'arrêt, c'est généralement le cas des séries fortes, réalisées avec le Solganal ou la Crisalbine.

Ce repos est lui-même limité. Sa durée est fonction du résultat obtenu, mais on peut la fixer à une moyenne de deux mois.

Reprise de la Chrysothérapie

La persistance de signes articulaires synoviaux, d'une S. R. accélérée, d'une Réaction de Vernes à la Résorcine élevée, doit faire reprendre le traitement deux mois après la fin de la première série. Cette seconde cure sera calquée sur la première, à moins que des raisons valables ne fassent supposer une bonne tolérance aurique et ne permettent d'augmenter les doses. Si au contraire, la première série d'or a fait disparaître les empâtements synoviaux et a abouti à une guérison clinique, la conduite à adopter est l'expectation. La guérison peut devenir définitive, mais le malade doit être examiné fréquemment. S'il n'est pas prédisposé aux Réactions Focales, on peut faire une série de consolidation à faibles doses.

S'il y a eu à la fois guérison clinique et sérologique, il est très utile comme l'a montré Forestier, de pratiquer, de temps en temps, une sédimentation globulaire. Si, d'examen en examen, on constate une ascension progressive des chiffres de la S. R., malgré le bon état articulaire, on doit poser la question de reprise du traitement. Malgré la grande valeur des faits observés par Forestier, la question des séries d'entretien n'est pas résolue dans tous les cas. Nous croyons que, si on se rallie à cette éventualité, il faut effectuer une série faible dans la crainte de provoquer des Réactions focales. Il y a là un point délicat à interpréter et, bien souvent, nous préférons surveiller de plus près le malade dont la S. R. s'accroît, pour intervenir à la première manifestation articulaire.

Mais écrit Coste : « il faut se hâter, car la nouvelle cure risque, lorsqu'on a laissé naître une nouvelle poussée évolutive bien caractérisée, de provoquer des Réactions Focales intenses, et de ne pas obtenir le même succès qu'à la première série ».

On doit arriver, par la combinaison judicieuse des injections médicamenteuses et des périodes de repos intercalaires, que l'on peut considérer comme l'essai de la solidité de l'amélioration, à une guérison définitive. Cette guérison est souvent limitée au point de vue fonctionnel par l'importance des ankyloses et des dislocations articulaires.

FORMES CLINIQUES. POLYARTHRITES SYMETRIQUES.

Maladie de Charcot

La maladie de Charcot est surtout une maladie de la femme. Il n'est peut-être pas entièrement exact de dire qu'elle débute toujours à la ménopause. On la voit débiter avant et longtemps après. Mais il semble bien, néanmoins, que la polyarthrite symétrique tire, en partie, son caractère particulier de ses rapports avec la fonction ovarienne. Fréquemment, avant la suppression des règles, il existe déjà un élément articulaire isolé, persistant ; dans quelques cas, il y a eu de légers gonflements synoviaux transitoires ; parfois, une ou plusieurs crises de névralgie cervico-brachiale, relativement fréquente pour Coste.

C'est au moment où les règles s'espacent que le rhumatisme se développe et tend à se systématiser. Ce fond endocrinien sur lequel évolue la maladie est particulièrement net dans nombre de cas. La polyarthrite symétrique est souvent le fait de femmes dysménorrhéïques, n'ayant jamais eu d'enfants ou ayant subi une castration chirurgicale.

La recherche d'une étiologie microbienne est très aléatoire. Dans l'état actuel de nos connaissances le rôle du streptocoque doit être écarté, au moins provisoirement. Plus probable semble le rôle joué par le Bacille de Koch. Coste insiste sur l'atmosphère tuberculeuse qui entoure ces malades. Teissier et Roques avaient cru découvrir les traces d'une tuberculose non folliculaire dans la moelle épinière de certains malades. La banalité de ces lésions du névraxe fut ultérieurement prouvée. MM. Bezançon et M. P. Weill, MM. Coste et Saenz dans des travaux en cours à l'Institut Pasteur de Paris, ont mis en évidence le Bacille de Koch dans des lésions articulaires ou péri-articulaires. Cette éventualité est très rare, et l'intervention d'une bacillose classique dans tous les cas de maladie de Charcot reste à démontrer.

Forestier nous montrait cet été, à Aix-les-Bains, des courbes de température s'échelonnant sur une ou deux années. On y relève une élévation, légère mais nette, de la température matinale et vespérale, réalisant un dos d'âne prémenstruel, analogue à celui qui se voit dans les tuberculoses pulmonaires discrètes.

Les fatigues, les « traumatismes moraux », les soucis d'affaires peuvent jouer un rôle dans l'apparition et l'évolution de la polyarthrite symétrique.

Liant ces facteurs, notre Maître Coste écrivait dans le Journal des Praticiens :

« Une éventualité réellement assez fréquente est celle de femmes « ayant soigné pendant de longues années leur mari tuberculeux et com-

« mençant une polyarthrite après la mort de ce dernier, comme si l'élément affectif collaborait avec la préparation infectante pour réaliser « à un moment donné le syndrome qui nous occupe. »

Chez l'homme, où la maladie est moins fréquente, se rencontre parfois la notion, sinon d'une étiologie infectieuse, du moins de la coexistence d'une infection : syphilis notamment. Il est probable, que c'est à l'intrication des causes initiales et de facteurs seconds que la polyarthrite symétrique doit sa résistance aux médications étiologiques, et l'organisme qui la supporte, son intolérance aux sels d'or.

Cliniquement la maladie de Charcot est caractérisée par :

- sa topographie : atteinte élective et précoce des articulations distales des membres, atteinte rare ou tardive de la ceinture iliaque et des articulations vertébrales dorso-lombaires.

- la précocité et l'intensité de la réaction productive, des tissus mous péri-articulaires ; la réaction tardive et destructive du squelette et son inaptitude à édifier de l'os nouveau.

- la précocité des luxations et de l'atrophie des muscles satellites ; l'ankylose tardive, celle-ci se produisant par accollement de surfaces articulaires ulcérées et non par affrontement d'os néoformé.

- la systématisation, souvent tardive, des désordres articulaires et les déformations classiques décrites par Charcot dans sa thèse. Aux mains : déjetement en masse des doigts vers le bord cubital, orientation du plan des doigts vers la paume de la main, faisant un angle de 10 à 20 degrés avec le plan des métacarpiens, réalisant l'aspect « en coup de vent ». En même temps l'axe des phalanges affecte l'allure d'une ligne brisée dont Charcot a qualifié deux aspects : type en flexion, type en extension. Les mêmes déformations peuvent s'observer aux pieds. Alors même qu'il n'existe pas d'ankylose, le patient ne peut réduire ces positions vicieuses par des mouvements actifs.

En somme, ce sont des caractères évolutifs qui donnent à la maladie de Charcot son originalité. A son début « la maladie est oligo ou même mono articulaire ». (Coste.) Le patient souffre, mais dès ce moment il souffre de ses troubles articulaires, de la fluxion qui en est le témoin, des mouvements qui s'effectuent en mobilisant le tissu inflammatoire périphérique. Les paresthésies, engourdissements, fourmillements, se retrouvent beaucoup plus fréquemment dans le rhumatisme d'Héberden qui est une Arthrose, que dans la maladie de Charcot. A cette période, le patient se plaint surtout, de raideur articulaire très marquée au réveil qui l'impressionne et le gêne plus que les douleurs. A la fluxion succède un empâtement synovial boursofflant les jointures. Aux mains la fonte musculaire s'accentue, portant sur les interosseux et sur les muscles de l'éminence thénar. Les grosses articulations sont fréquemment atteintes. Les poignets, les chevilles, les épaules, les genoux sont le siège d'arthrites qui ne se distinguent en rien d'une monoarthrite banale. Les désaxations phalangiennes commencent à apparaître. Les mouvements se limitent. Génée-

ralement, à cette époque, l'os est déjà très décalcifié, des lacunes épiphysaires peuvent apparaître sur la radiographie, surtout aux phalanges et simuler des dépôts uratiques.

Dans une dernière étape, l'élément inflammatoire rétrocede, c'est au contraire le stade des ankyloses osseuses qui fixent les déformations. Des troubles trophiques : doigts amincis en fuseau, avec peau luisante et visqueuse, disparition quelquefois totale des interosseux et des muscles du pouce réalisent le type de l'Arthrite Atrophique. C'est le terme ultime de l'évolution de la maladie de Charcot.

L'état général, qui reste bon très longtemps, décline progressivement, aidé parfois par un régime malencontreux. La teinte café au lait des téguments, l'amaigrissement souvent considérable, la fatigue, tout contribue à donner au malade l'aspect d'un infecté.

Certaines formes sont très douloureuses, surtout à la période des gonflements synoviaux, d'autres évoluent presque sans douleurs appréciables, les déformations constituant presque toute la maladie.

Quand survient l'extinction du processus inflammatoire, le malade transformé en impotent, ne souffre plus, recouvre un état général passable mais garde d'énormes déformations, reliquats d'une affection qui aura parfois mis 20 ans pour arriver à son terme.

Au tableau clinique qui, dans la majorité des cas, est suffisamment net, s'ajoutent les tests biologiques dont nous avons déjà parlé. C'est ici que la sédimentation globulaire donne les chiffres les plus élevés.

Cependant certaines polyarthrites symétriques ont des S. R. normales. Ce sont des formes froides, où la réaction inflammatoire cède le pas aux déformations d'emblée. Ces formes sont peu aurosensibles.

Au cours de l'évolution de la polyarthrite, la S. R. suit les variations des réactions synoviales. Elevée à la période d'état, la S. R. revient à des chiffres normaux une fois les ankyloses établies et la guérison naturelle obtenue. Elle augmente pendant les poussées inflammatoires, les « crises », revient à un chiffre inférieur entre celles-ci, sans descendre tout à fait à la normale, même pendant les périodes de silence articulaire. Comme nous l'avons dit, c'est à elle que l'on s'adressera pour confirmer l'impression clinique d'amélioration. Une guérison clinique, coïncidant avec une S. R. légèrement accélérée, doit faire craindre soit un retour de la polyarthrite, soit l'existence d'une épine viscérale. C'est généralement du côté des poumons que l'on devra rechercher la trace d'une bacillose discrète.

La réaction de floculation à la résorcine donne des indications comparables à celles de la sédimentation. La technique rigoureuse et le prix du matériel nécessaire en font un examen réservé aux laboratoires spécialisés. Il faut chez les rhumatisants se défier de sa valeur spécifique même aux chiffres indiqués par M. Vernes.

Mais quand sous l'action de la Chrysothérapie, la S. R. s'abaisse vers la normale et que la réaction de floculation donne un index photométrique égal ou supérieur à 30, il faut suspecter une tuberculose possible.

La numération globulaire montrera une leucocytose élevée.

Alors que S. R. et réaction de Vernes devront au moins être pratiquée deux fois pendant chaque série d'or : au début et à la fin, leucocytose et formule sanguine n'auront besoin d'être établies, qu'une fois pour toutes au début du traitement.

La maladie de Charcot est, de toutes les Arthrites, celle où les réactions d'intolérance sont les plus fréquentes. Leur caractère général est le même que dans les autres Arthrites, elles sont peut-être plus tenaces, et sont éveillées même par des cures très réduites. C'est pourquoi la Chrysothérapie devra, dans les Polyarthrites symétriques, être maniée avec beaucoup de discrétion.

Le cas type est le grand Rhumatisme déformant, se développant chez la femme aux alentours de la ménopause.

Le traitement doit s'inspirer de conditions matérielles.

a) Si le malade doit être traité loin de toute surveillance médicale : s'en tenir au traitement tel qu'il a été réglé par Jacques Forestier :

— 3 à 4 séries de 1,50 gr. par injections hebdomadaires de 10 centigrammes, séparées par des périodes de repos de 8 semaines au maximum.

On se servira soit de l'Allochrysine qui donne de cette façon d'excellents résultats, soit de l'Oléo Solganal B.

b) Si le traitement est appliqué par le médecin lui-même ou par une infirmière au courant des signes de début des accidents auriques, si le malade comprend la nécessité de signaler ce qui lui semblera anormal, il est possible de pratiquer une posologie plus large.

On s'adressera alors à l'Oléo Solganal B. C'est le mode de traitement auquel a abouti mon Maître Coste.

— 3 à 4 séries de 2,50 gr. à 3 gr., deux injections hebdomadaires de 10 centigrammes ou une seule injection de 0,20 ou 0,25 gr. suivant les facilités qu'a le malade pour se faire traiter. Repos intercalaire de 8 semaines environ.

Les résultats obtenus sont souvent plus rapides, plus complets qu'avec les séries limitées à 1,50 gr. Le nombre de séries peut être plus réduit.

Ces schémas posologiques peuvent être modifiés en cours de cure par l'apparition d'accidents.

Dans le premier cas (doses faibles) la seule ressource est d'arrêter le traitement.

Dans le second cas (doses moyennes) on peut jouer plus largement des doses, les diminuer, espacer temporairement les injections sans réduire la cure à un état squelettique.

Parfois après avoir été répétées deux à trois fois, les séries faibles semblent avoir épuisé leur action. Il persiste des éléments synoviaux, la S. R. et la Réaction à la Résorcine restent élevées. Il n'y a plus continuité dans l'amélioration, mais simple consolidation du résultat obtenu.

Nous croyons que c'est une erreur de pratiquer de nouvelles séries sur les mêmes bases. Il faut, en entourant son malade de la surveillance nécessaire, tenter délibérément des séries plus denses. On aboutira souvent à une nouvelle marche en avant de l'amélioration.

Des Polyarthrites symétriques peuvent survenir également après des accouchements difficiles suspects d'infection puerpérale, au décours d'une scarlatine, être la manifestation d'une syphilis latente, parfois ne pas aboutir aux déformations décrites par Charcot.

Dans tous les cas où elles surviendront chez la femme, il faudra se défier des facteurs endocriniens possibles et malgré l'origine infectieuse probable, au moins pour la première série, ne pas dépasser les doses indiquées plus haut.

Chez l'homme, et surtout si l'on met en évidence la coexistence d'une syphilis, il faut opter pour une posologie plus hardie, qui sera celle des Arthrites syphilitiques, et que nous indiquerons tout à l'heure.

Polyarthrites non symétriques et Oligoarthrites d'étiologie inconnue

Immédiatement à côté de la Polyarthrite symétrique, il faut placer d'autres Arthrites d'étiologie inconnue. Ce sont, soit des Polyarthrites non symétriques soit des Oligoarthrites.

Elles touchent avec beaucoup moins d'élection les articulations des doigts. Leur localisation sur les grosses articulations aboutit, plus rapidement que dans la Polyarthrite symétrique, à des ankyloses généralement fibreuses, mais parfois osseuses qui dépassent par l'ampleur et la précocité des destructions ce que l'on observe dans la maladie de Charcot.

L'aurotolérance de ces arthrites est variable mais, généralement, compatible avec des séries d'intensité assez forte.

On évaluera cette aurotolérance en se rappelant que celle-ci sera d'autant meilleure que les arthrites seront moins nombreuses, et d'apparition plus récente et en tenant compte des divers facteurs déjà signalés. Il ne peut y avoir que des cas d'espèces, ces arthrites relevant d'étiologie et peut-être de mécanismes variés.

Les cures auriques n'auront pas besoin d'être renouvelées un aussi grand nombre de fois que dans le grand rhumatisme déformant.

Dans la plupart des cas on obtient au cours de la première cure, si elle est assez intense, une action profonde, parfois complète.

La suspension du traitement n'a généralement pas le caractère d'une simple halte, au cours d'un traitement échelonné.

Cet arrêt n'est limité dans sa durée que par de nouvelles manifestations articulaires. Celles-ci peuvent ne pas apparaître et le malade reste guéri, ou bien surviennent six, huit mois après la fin de la première cure aurique. Elles nécessitent alors la reprise rapide de la Chrysothérapie au premier signe de récurrence.

On instituera d'emblée un traitement à doses moyennes. Il n'y aura pas intérêt à fractionner les doses. Il vaut mieux après un passage rapide par cinq et dix centigrammes injecter 25 centigrammes en une seule fois.

— Série initiale de 3 grammes environ par injections hebdomadaires de 0,25 gr.

Il faudra s'en tenir à cette dose si l'on utilise la Crisalbine, généralement très efficace.

Avec le Solganal B. si l'aurotolérance semble très bonne, si le malade ne présente pas de fatigue exagérée, on peut intercaler tous les quatre jours, entre les injections à 0,25 gr. des doses de 0,10 gr. pour aboutir à un total de 3,50 gr. à 4 grammes.

S'il est nécessaire de pratiquer une deuxième ou une troisième série, le nouvel essai thérapeutique s'inspirera des réactions que le malade a déjà présentées et du résultat obtenu.

Pas plus que l'aurotolérance, on ne peut prévoir avec certitude l'aurosensibilité de ces arthrites, elle est généralement très satisfaisante mais leurs origines multiples interdisent de poser une règle.

Polysynovites

Les Polysynovites, classiquement d'origine tuberculeuse, sont caractérisées par des tuméfactions siégeant sur le trajet des gaines tendineuses et au niveau des bourses séreuses juxta articulaires. Elles sont généralement multiples et plus ou moins symétriques. Fréquemment on note simultanément au membre supérieur : l'atteinte des gaines des fléchisseurs et des extenseurs, dont on perçoit le gonflement même au-dessus du ligament annulaire du carpe et aux pieds des gaines des tendons extenseurs et des bourses séreuses des péroniers. Habituellement la ponction reste négative. Il est très difficile de préciser une étiologie certaine, parfois les antécédents peuvent faire suspecter la tuberculose, d'autres fois on constate des réactions de Bordet-Wasserman positives.

En général l'or est assez actif, les échecs semblent dus à une insuffisance de doses. Il conviendra de tenter un traitement fort en s'adressant, soit à la Crisalbine : 0,25 gr. par semaine jusqu'à un total de 2,50 grammes environ ; soit à l'Oléo Solganal en essayant de totaliser 3 à 4 grammes en injectant de 0,30 à 0,40 gr. par semaine.

Polyhyarthroses

Les Arthrites sont habituellement peu exsudatives et la réaction inflammatoire ordinaire du tissu synovial ne produit que peu de liquide. Certains sujets présentent cependant des hyarthroses volumineuses, souvent multiples, qui se constituent progressivement et sans autre manifestation articulaire. Elles font rarement suite à un épisode d'arthrite proliférative banale.

« La ponction donne issue à un liquide trouble, amicrobien, riche en « polynucléaires plus ou moins altérés. » (Coste.) Mon Maître Coste a cherché à cultiver le liquide recueilli par la ponction, mais ces recherches n'ont pas permis jusqu'à présent de mettre un germe en évidence. M. Paupert-Ravaut a pu obtenir du Bacille de Koch dans des cas analogues.

Les sels d'or semblent donner des résultats inconstants. Il faut, croyons-nous, si l'examen du patient permet de les entreprendre, s'adresser, comme pour les Polysynovites, à des séries d'injections d'intensité moyennes ou fortes : deux injections de 0,15 ou 0,25 gr. par semaine jusqu'à un total de 3 à 4 grammes.

Il n'y a aucun intérêt, si une première série n'amène pas de résultat, à tenter une autre expérience chrysothérapique.

Coste a montré que l'injection intramusculaire d'Allochrysine ou d'O-léo Solganal pouvait, après évacuation, empêcher le retour de l'épanchement articulaire. Ce résultat n'est obtenu qu'au prix de réactions locales et générales souvent pénibles. Il est toutefois légitime de tenter cette thérapeutique dans les hyarthroses localisées à une ou deux articulations, particulièrement aux genoux.

Dans les formes polyhyarthrosiales, un traitement calcique peut être un adjuvant efficace.

Syndrome de Chauffard-Still

N'ayant jamais rencontré de Syndrôme de Chauffard-Still, nous transcrivons intégralement ce qu'en a dit récemment Coste :

« Selon certaines publications récentes, il faudrait voir ici une maladie bien individualisée. La chose est possible, probable même chez l'enfant. Chez l'adulte, il nous est arrivé parfois de trouver dans une polyarthrite subfébrile la rate un peu grosse et quelques adenomégalies. « Dans un cas, en particulier, où étaient surtout pris les poignets, on trouvait de gros ganglions épitrochléens, brachiaux, axillaires, évidemment satellites des arthrites. Nous ne pensons pas que cette réaction éventuelle et toujours discrète du système hémolymphatique permette d'isolier une forme clinique véritable. Ce sont des polyarthrites inflammatoires comme les autres, tantôt d'allure nettement infectieuse, tantôt plus voisine du classique rhumatisme déformant. Elles ne nous ont pas paru, plus que d'autres, gouvernées par la tuberculose ou par la syphilis. Et elles ont réagi aussi favorablement que les autres au traitement aurique. »

Spondyloses inflammatoires

Les affections inflammatoires des articulations vertébrales sont irrégulièrement aurosensibles, irrégulièrement aurotolérantes. Les réactions d'intolérance peuvent avoir une acuité particulière, et prennent souvent la

forme de Réactions Focales très douloureuses, qui par leur siège sont très difficilement supportées par le malade.

Il existe des spondyloses très localisées qui sont d'origine connue, staphylococcique par exemple. Il est préférable de les traiter par un vaccin spécifique.

Mais dans bien des cas, l'étiologie est très incertaine. Beaucoup de spondyloses rhizoméliques semblent d'origine tuberculeuse, certaines d'origine gonococcique.

Elles sont justiciables de l'aurothérapie, sans que l'on puisse porter un pronostic thérapeutique certain. Cependant les données générales qui nous semblent éclairer dans une certaine mesure l'aurosensibilité et l'aurotolérance peuvent aider à fixer le traitement.

Dans les spondyloses systématisées où l'ossification est déjà importante, il faut s'attendre à des Réactions Focales intenses, à une augmentation de la raideur et parfois une atteinte de l'état général dont le pronostic est assez difficile à interpréter.

Au contraire, si, plutôt que d'un syndrome rhizomélisque confirmé, il s'agit de spondylites sans systématisation, ou à leur début, on peut espérer une bonne tolérance et un résultat satisfaisant de la Chrysothérapie. Le traitement, pour être efficace, devra comporter des séries de 3 gr. environ, par des injections de 0,25 gr. ou deux injections de 0,10 gr. à 0,15 gr. par semaine.

On adjoindra aux sels d'or une cure de recalcification que l'on essaiera de rendre effective par l'ingestion de Vitamine D.

Nous avons vu, dans un de ces cas, l'Allochrysine remarquablement tolérée en injections de 0,25 gr. toutes les semaines. Le patient était traité à la campagne et ne se livrait à aucun travail important.

Une autre complication découle de ce que souvent ces malades ont été ou seront traités par des dérivés du Thorium, dont mon regretté Maître André Leri a montré l'action favorable dans la spondylose rhizomélisque.

Comme nous l'avons déjà dit, il convient, chez les malades qui auraient déjà reçu des solutions radioactives, de pratiquer avant et en cours de cure aurique les examens sanguins habituels.

Arthropathies psoriasiques

L'association de psoriasis et d'arthrites se rencontre dans de nombreux cas.

Il s'agit :

Soit de polyarthrites sans grosses fluxions articulaires, à évolution froide, apyrétique, s'accompagnant d'une fonte musculaire rapide, de rétractions fibreuses et de lésions osseuses précoces.

Les signes biologiques sont modérés, traduisant le peu d'intensité du processus inflammatoire.

Cette forme se rapproche du type atrophique de la maladie de Charcot.

C'est elle qui constitue le véritable Rhumatisme psoriasique, c'est à propos d'elle que Coste, après avoir, avec MM. Gougerot et Saenz, décelé dans deux cas sur neuf de psoriasis simple, une bacillémie discrète: a été amené à discuter « l'intervention du virus tuberculeux, non point « selon un processus classique (puisqu'en particulier nous ne l'avons pas « trouvé dans les lésions cutanées), mais combinée à celle d'un terrain ou « d'un métabolisme particulier, dans l'éclosion du psoriasis, et par analogie de nombreuses polyarthrites ».

À côté de cette forme particulière où psoriasis et arthrites semblent liés l'un à l'autre, on note la coexistence relativement fréquente de psoriasis et de maladies articulaires les plus diverses ; oligoarthrites, spondyloses rhyzoméliques, rhumatismes infectieux aigus, maladie de Bouillaud, polyhyarthroses.

La présence du psoriasis n'entraîne aucune détermination particulière de l'aurosensibilité. Les Rhumatismes ont celle qui appartient à leur forme, qui découle de leur étiologie.

La Polyarthrite psoriasique a l'aurotolérance de la maladie de Charcot, on devra lui appliquer la même posologie modérée et prudente.

Les Arthrites non systématisées chez les psoriasiques doivent être traitées avec plus d'ampleur mais néanmoins avec une certaine circonspection. Le traitement qui semble le mieux leur convenir est constitué par des doses moyennes d'Oléo Solganal B. de 0,20 à 0,25 gr. par semaine en deux injections jusqu'à un total de 3 grammes environ.

Les psoriasiques, surtout ceux qui font une polyarthrite déformante, semblent parfois prédisposés aux érythrodermies.

Si au cours de la cure aurique, les éléments psoriasiques semblent augmenter de nombre, il convient de réduire et d'espacer les injections. Sur le psoriasis lui-même l'action de l'or est trop variable pour que l'on puisse la prévoir.

Arthrites Focales

Entre les Arthrites Focales et les oligoarthrites d'étiologie inconnue dont nous avons précédemment parlé, il ne semble y avoir que la seule différence que crée l'identification d'un germe.

On ne devrait porter le diagnostic d'Arthrite focale que si la découverte d'un même germe dans une jointure et dans un focus, une réaction de fixation énergique entre ce germe et le sérum du malade fournissent des preuves non discutables de l'origine de l'Arthrite. Si on obligeait les Arthrites dites focales à fournir de tels titres de paternité, ce groupe deviendrait certes beaucoup plus réduit, mais l'on éviterait aux patients des interventions chirurgicales et des cures vaccinales souvent inutiles.

En dehors de preuves formelles, la présomption d'origine focale sera basée sur :

a) La constatation de foyers purulents chroniques manifestes et importants : pyorrhée alvéolo-dentaire, gingivite fétide étendue, suppuration rhino-pharyngée, entéro-colites, dysenteries, dilatation des bronches, etc... etc...

b) Sur la succession d'une maladie infectieuse aiguë : grippe, abcès amygdaliens, fièvre typhoïde, etc... et du rhumatisme.

c) Sur les caractères cliniques et évolutifs : Arthrites mono ou oligo-articulaires, fortes élévations de température, caractère septique de la réaction articulaire.

d) Par contre, il ne faut pas demander aux Arthrites focales de céder toujours à l'ablation des foyers purulents. Duvernay a montré qu'une arthrite peut se développer sous l'action de facteurs indépendants de sa cause initiale.

Si une Arthrite focale fait sa preuve, il faut essayer de lui opposer une médication spécifique. La vaccino thérapie sera aidée par le traitement des foyers en cause : ablations amygdaliennes, drainage de la sinu-site, mise en état de la bouche, résection d'une appendice, etc...

Si le foyer échappe à l'action chirurgicale, il faudra le traiter médicalement par des moyens appropriés.

Il ne faut pas espérer toujours des résultats probants, non seulement parce que dans les vieilles Arthrites joue la loi de « non spécificité de la réaction » de Duvernay, mais également parce que souvent on fait fausse route dans la détermination du focus.

De toute façon il y a un intérêt particulier à traiter, de façon discrète et sans en faire une condition préalable, les multiples foyers d'infection que peut présenter le malade. Ces soins contribueront à réduire l'ensemble pathologique de l'organisme et aideront ainsi à mieux supporter la cure aurique.

La multiplicité des germes, leur fréquente indétermination, ne permettent pas à priori de dire quel sera le résultat de la Chrysothérapie.

Feldt a soutenu l'activité du Solganal dans les streptococcies. D'autre part, les Anglo-Saxons ont cru prouver l'origine streptococcique de très nombreuses Arthrites et Polyarthrites. Nous avons vu que l'opinion de Coste et de Forestier était toute différente.

Il existe de véritables Polyarthrites aiguës ou chroniques à streptocoques hémolytiques. Elles surviennent après une grippe, une scarlatine, une infection puerpérale. Dans ces cas qui restent rares, il ne semble pas que les sels d'or donnent des résultats particulièrement favorables.

L'origine pulmonaire d'une Arthrite ne semble pas très favorable à l'action de l'or. Il faut, si une dilatation des bronches est en cause, pratiquer une vaccinothérapie à germes broncho-pulmonaires et essayer de traiter les dilatations par des injections bronchiques de lipodiol.

L'origine intestinale des Arthrites comporte un préjugé défavorable pour le résultat de la cure. Nous croyons même que les troubles intesti-

naux, en dehors de tout lien étiologique, chez les porteurs d'Arthrites doivent être soigneusement traités. Ils peuvent être non seulement le point de départ d'incidents auriques, mais semblent, par un mécanisme qui nous échappe, rendre l'Arthrite résistante à la Chrysothérapie.

En général cependant les Arthrites dites focales, réagissent favorablement à l'or. Leur aurotolérance, autant que l'on puisse émettre un pronostic général, est intermédiaire entre celle des formes systématisées à germes inconnus et celle des oligo ou monoarthrites à germe connu : tréponème, gonococcuë, bacille tuberculeux.

Il est nécessaire d'envisager un traitement de moyenne intensité :

— 3 grammes de Crisalbine ou d'Oléo Solganal B. par 0,20 ou 0,25 gramme par semaine en une seule injection, avec parfois, si la tolérance s'avère bonne, une injection supplémentaire de 0,10 gr. entre les doses de 0,25 gr.

On pratiquera une ou deux séries d'or, et si au bout de cet essai le bénéfice n'est pas évident, il faut chercher une médication plus adéquate.

.....

L'individualité des différents groupes d'Arthrites que nous venons d'énumérer découle davantage de leur allure évolutive ou de l'influence du terrain que de la connaissance d'un facteur causal. Nous avons vu également que nombre de ces Arthrites ne devenaient aurosensibles que sous l'action de séries d'or moyennes ou fortes. Malheureusement, il était généralement impossible de prévoir avec exactitude leur aurotolérance.

Nous envisagerons maintenant des Arthrites qui nécessitent de même l'accumulation de doses fortes d'or, mais dont l'aurotolérance est dans une large mesure satisfaisante et connue à l'avance. Cette présomption est indépendante de la forme des manifestations articulaires et tient à l'existence d'une étiologie microbienne ou parasitaire. Les plus fréquentes sont les Arthrites gonococciques, tuberculeuses et syphilitiques.

.....

Rhumatisme gonococcique

Les formes sous lesquelles se montre le Rhumatisme gonococcique sont nombreuses.

Ce sont des formes aiguës ou subaiguës, la maladie articulaire survenant au cours d'une blennorragie ou succédant immédiatement à celle-ci. Il n'y a dans ces cas aucun doute sur l'origine gonococcique.

Elles consistent surtout en synovites, monoarthrites des poignets ou des chevilles, oligoarthrites où entre autres, on retrouve les localisations classiques aux sterno claviculaires, temporo maxillaires, etc...

Ces formes sont caractérisées par la rougeur de la peau, un gonflement important, un œdème inflammatoire gardant l'empreinte du doigt, parfois pseudo-phlegmoneux, un exsudat articulaire assez abondant, l'immobilisation de l'article, une température élevée, une évolution, fixe dans ses localisations, aiguë ou subaiguë qui donnent au maximum à l'at-

teinte articulaire les caractères d'une Arthrite septique.

Il est certain que cette forme d'Arthrite blennorragique réalise la plus valable des Arthrites focales. Parfois on mettra en évidence, dans les synoviales articulaires et surtout dans la sécrétion uréthrale, provoquée ou non, des gonococques intracellulaires.

Les formes chroniques peuvent être plus difficiles à rapporter à leur origine. Il ne faudra guère compter sur la recherche du gonococque dans le foyer originel. La gonoréaction est souvent positive ou le devient chez ces malades, comme le fait remarquer mon Maître Coste, après une réactivation par un vaccin spécifique. Nous pensons que la Gono-Réaction a une valeur diagnostique très grande. Des travaux entrepris à la Consultation de Rhumatismes de l'hôpital Cochin par Coste permettront peut-être de fixer ultérieurement d'une façon nette la valeur de la gonoréaction.

Actuellement, la présomption de l'origine gonococcique doit s'établir à la fois sur les antécédents, la Gono-Réaction et les caractères cliniques du rhumatisme.

Ce sont en général des ostéo-arthrites précocement ankylosantes, parfois polyarticulaires, souvent monoarticulaires et atteignant alors avec éléction les grosses articulations, notamment les poignets et les tibio-tarsiennes.

Le rhumatisme a pu débiter à la suite d'une blennorragie, reparaître à l'occasion de nouvelles manifestations de l'infection gonococcique.

On connaît ces formes où Rhumatisme gonococcique et Rhumatisme articulaire aigu s'intriquent. Souvent, des crises de R.A.A. indiscutables sont réveillées par une blennorragie. Cette forme est d'ailleurs relativement peu fréquente.

De toute façon, si un organisme a été fortement marqué par l'infection gonococcique, il sera en général assez tolérant aux sels d'or, que l'on aura l'occasion de lui faire supporter, au cours d'un épisode articulaire ultérieur.

M. Haguenau a souligné dans une séance de la Ligue contre le Rhumatisme, l'aurosensibilité particulière des Arthrites gonococciques. Dans la même séance, Coste faisait remarquer que : « s'il y a des Rhumatismes « gonococciques qui s'améliorent de façon remarquable à la suite du « traitement par l'or, il y en a d'autres chez lesquels le traitement n'agit « pas ».

Il semble qu'en présence d'une Arthrite gonococcique, il faille diviser les essais thérapeutiques en deux phases.

Tout d'abord essayer le traitement spécifique par un vaccin anti-gonococcique, celui de l'Institut Pasteur donne de très bons résultats, en lui adjoignant des injections de Sulfarsenol. On a fréquemment une amélioration nette et il est possible de recourir, un mois après la fin de ce traitement, à une nouvelle série combinée des deux médicaments.

Si les résultats sont nuls ou limités, il est toujours possible de recourir à la Chrysothérapie qui donne fréquemment des résultats particulière-

rement brillants. De cette façon on utilise au maximum les effets des deux traitements.

Les sels d'or seront injectés à doses assez fortes : total de 3 à 4 gr. en groupant par semaine 0,25 gr. à 0,35 gr. en une ou deux injections.

Ostéo-Arthrites tuberculeuses

Les tuberculoses externes revendiquent la Chrysothérapie pour une part qui, à côté des traitements chirurgicaux et orthopédiques, devient de plus en plus prépondérante, elles sortent du cadre de ce travail.

Certaines arthropathies tuberculeuses simulent, par leurs caractères cliniques, des tumeurs blanches, auxquelles il ne manque que la caséification, le ramollissement et le cheminement du pus de l'abcès tuberculeux osseux.

C'est en gros le même tableau clinique : « ostéopathies très douloureuses avec grosses lésions osseuses, destructrices, infiltration, bourrelets synoviaux tendus, peau lisse, blanchâtre, veinosités superficielles, « adénopathies satellites, etc... » (Coste.)

Ces arthropathies ne sont pas systématisées et n'affectent pas le caractère généralisé des Polyarthrites symétriques. Ce sont généralement des oligoarthrites, quelquefois des monoarthrites, difficiles dans ce cas à distinguer d'une monoarthrite gonococcique.

L'aurotolérance de ces Arthrites est excellente. Bien que rarement leurs lésions inflammatoires soient du type folliculaire classique, elles se rapprochent du point de vue tolérance de celle de la tuberculose pulmonaire et des tuberculoses externes.

Il est rare de ne pas pouvoir conduire la cure aurique jusqu'aux doses nécessaires à l'obtention d'un très bon résultat.

Total de 4 à 5 grammes en deux mois à deux mois et demi, par deux injections de 0,25 gr. par semaine.

Il sera nécessaire de pratiquer plusieurs séries d'or. Ces Arthrites sont sujettes à des récidives mais dans la règle, on doit aboutir sinon à une restauration anatomique, du moins au silence clinique. On essaiera toujours de dépister le foyer viscéral tuberculeux qui peut coexister.

C'est vers la fin des séries que peuvent survenir des accidents viscéraux graves. Si vers le dernier tiers du traitement surviennent un érythème, un zona ou une manifestation d'intolérance minime mais nette, il sera prudent de suspendre momentanément la Chrysothérapie.

Arthropathies syphilitiques

Nous avons vu en parlant de l'aurotolérance qu'il n'y avait guère à distinguer entre les Arthrites syphilitiques vraies et les Arthrites chez les syphilitiques. Cette tolérance est toujours très élevée. Si l'on envisage

l'aurosensibilité, il faut peut-être, non pas distinguer entre ces deux formes, mais entre elles et les Arthropathies tabétiques. Nous ne savons pas si l'or peut quelque chose contre les Arthropathies tabétiques, qui, remarquons-le en passant, sont seules à réaliser aux grosses articulations les dislocations articulaires que la Polyarthrite symétrique réalise si facilement au niveau des articulations des doigts. Quelquefois il y a superposition de ces divers éléments :

M. le Professeur Mathieu a montré récemment, à la Ligue contre le Rhumatisme, des radiographies où l'on reconnaissait à côté de lésions tabétiques, et sur le même article, des lésions indiscutables d'Arthrite inflammatoire banale.

Il faut surtout savoir que, dans ces Arthropathies tabétiques ou dans des syndrômes radiographiquement semblables chez des patients exempts de signes habituels du tabès, le traitement mixte or-arsenic peut donner un coup de fouet aux lésions osseuses et on peut assister à une véritable fonte d'un massif osseux, tarsien par exemple.

Les Polyarthrites symétriques syphilitiques sont loin d'être rares.

Elles réalisent le type du syndrome de Charcot. Cependant il semble qu'elles en diffèrent par l'importance des hydarthroses, marquées, non seulement aux grosses articulations, mais également au niveau des métacarpo-phalangiennes. Au niveau des phalanges, l'atteinte est beaucoup moins nette que dans la maladie de Charcot et les Polyarthrites syphilitiques donnent plus souvent le coup de vent cubital que les désaxations phalangiennes.

Ces Polyarthrites, si elles sont pures de toute influence du terrain, s'il n'existe pas les importantes atteintes osseuses que nous avons signalées plus haut, doivent dès l'abord être traitées énergiquement. Si, au contraire, survenant chez une femme, chez laquelle un dysfonctionnement endocrinien est nettement établi ou très probable, si des remaniements osseux importants risquent d'être le point de départ de poussées évolutives graves, il faut commencer le traitement par des doses faibles : 5 à 10 centigrammes. Mais une fois établie la bonne tolérance de l'organisme, il faut faire un traitement intensif : 0,50 gr. par semaine au moins, on peut, on doit injecter quelquefois jusqu'à 0.75 gr. par semaine et poursuivre la cure jusqu'à un total de 5 à 6 grammes. Pour ces hautes doses il y a tout intérêt à se servir de l'Oléo Solganal B.

Les oligoarthrites syphilitiques doivent être également traitées selon la même posologie. Prudence au début, et action thérapeutique énergique quand la tolérance de l'organisme, qui est généralement considérable, a fait sa preuve.

Il est nécessaire également d'attirer l'attention sur certaines Arthrites de hanches où la syphilis semble en jeu.

Il s'agit généralement d'un sujet jeune, chez lequel une hanche devient douloureuse, se limite, où la radiographie montre un flou et un pin-

cement de l'interligne articulaire, Il peut s'agir de coxalgie tuberculeuse, d'Arthrite à germe banal, mais souvent le tréponème est en cause et l'on assiste à l'évolution grave d'Arthrites « incipiens » de la hanche.

Certaines de ces Arthrites peuvent survenir chez des malades ayant dépassé la cinquantaine. L'âge, l'allure clinique font penser à une Arthrose, diagnostic mal confirmé par une S. R. un peu élevée. On découvre un Bordet-Wasserman positif et si l'on fait un traitement énergique on a parfois la surprise d'assister à des restaurations osseuses et à une véritable guérison.

Dans toutes ces manifestations où la syphilis prouve son existence tant par l'allure spéciale de ses manifestations articulaires que par des réactions sanguines souvent fortement positives, ou par la mise à jour d'une hérédo-syphilis, le traitement reste le même à la fois dans sa modération du début et dans sa vigueur finale.

L'or, a-t-on dit, est un anti-syphilitique de deuxième zone. Cela est vrai mais il a un tropisme articulaire particulier qui le rend ici indispensable. Il faut néanmoins adjoindre à la Chrysothérapie les anti-syphilitiques classiques : arsène, benzènes et bismuth. Ces différents corps exercent, chacun dans sa ligne particulière, une action qui concourt harmonieusement au but final.

Il sera nécessaire, pour obtenir un résultat complet, de faire plusieurs séries d'injections médicamenteuses.

Rhumatisme articulaire aigu

La notion d'un Rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents d'un malade ne semble pas modifier dans de grandes proportions l'aurosen-sibilité d'une arthrite.

Par contre, les poussées aiguës de la maladie de Bouillaud ne sont certainement pas une indication majeure de l'aurothérapie. Il est possible cependant d'envisager la substitution des sels d'or au salicylate de soude quand celui-ci est inactif et l'adjonction d'une cure aurique à faibles doses, quand les fluxions sont déjà en régression.

Arthropathies mixtes

Dans certains cas on voit des Arthroses : lipoarthrites des genoux, rhumatisme d'Héberden s'améliorer sous l'action de la Chrysothérapie. Cela peut sembler en contradiction avec la division en Arthrites et Arthroses qu'ont donné Coste, Forestier et Lacapère.

Si l'on examine de plus près ces sujets on s'aperçoit qu'il n'y a aucune contradiction.

L'or ne fait disparaître ni les crochets des plateaux tibiaux, ni les exostoses du Rhumatisme d'Héberden. A la suite de la Chrysothérapie,

les articulations semblent se dépouiller d'éléments qui étaient passés inaperçus. Cela est surtout net aux genoux qui dégonflent de façon notable et qui deviennent moins douloureux. Les réactions sanguines traduisaient généralement une réaction inflammatoire modérée. Il est probable que dans ces cas, il se surajoute à l'Arthrose une petite réaction inflammatoire discrète des tissus péri-articulaires. Noyée dans le gonflement propre à la lipoarthrite elle échappe à la recherche manuelle.

Dans certains cas on constate une lipoarthrite des genoux coïncidant avec des varices des jambes qui sont le siège de petites périphlébites. En même temps la S. R. est légèrement accélérée. La sclérose variqueuse thérapeutique est, non pas toujours, mais souvent, suivie d'amélioration de l'état articulaire. Il est difficile de savoir si c'est à la correction de la circulation veineuse par suppression de la stase qu'est due l'amélioration de l'Arthrose.

Nous croyons qu'il peut également survenir une réaction articulaire inflammatoire surajoutée due à la légère infection péri-veineuse.

C'est donc ces cas que sclérose variqueuse et sels d'or agiront synergiquement l'une par suppression de la cause, l'autre par action tissulaire, pour amener un degré d'amélioration important mais limité et dont l'accentuation sera du ressort du traitement propre des Arthroses.

Ces cas mixtes sont peut-être relativement nombreux. Il ne faut pas néanmoins exagérer leur fréquence, et la Chrysothérapie ne doit pas être la thérapeutique à laquelle on recourt en désespoir de cause.

Nous avons essayé de montrer quelles sont ses indications, et le nombre sinon la gravité des accidents, qu'elle provoque doit inciter à ne l'utiliser qu'à bon escient. Car, si la Chrysothérapie n'améliore pas les porteurs d'Arthroses, elle donne chez eux les mêmes accidents que chez les malades atteints de rhumatismes inflammatoires, ce qui contribue à montrer que l'aurotolérance est conditionnée moins par l'arthrite que par le terrain sur lequel elle se développe.

CONCLUSIONS

1° La Chrysothérapie n'est pas une méthode de traitement de tous les rhumatismes chroniques. Elle doit être réservée aux Arthrites, rhumatismes inflammatoires, aurosensibles que Coste, Forestier et Lacapère opposent aux Arthroses, rhumatismes dégénératifs, aurorésistants. La Chrysothérapie des arthrites nous a donné 70 p. 100 de résultats favorables.

2° Les Arthrites jeunes sont très aurosensibles, mais l'aurosensibilité n'est pas liée à un type particulier de lésion articulaire, à condition que celle-ci soit de nature inflammatoire. Les formes synoviales ou ostéocartilagineuses, exsudatives ou non, ont une aurosensibilité voisine. Certaines polyarthropathies froides, peu inflammatoires, sont au contraire, quel que soit le caractère dominant de l'atteinte articulaire, peu aurosensibles.

3° L'étiologie de l'arthrite n'est pas indifférente, les arthrites tuberculeuses, syphilitiques sont très aurosensibles et à un degré moindre les arthrites gonococciques, post puerpérales, post grippales. Les arthrites d'origine intestinale, particulièrement celles dont le début a suivi une infection à bacilles du groupe typhique, sont plus difficilement améliorées par les sels d'or.

4° L'aurosensibilité est limitée par les réactions d'intolérance.

Celles-ci semblent croître avec l'âge des arthrites, leur nombre, leur symétrie.

5° Les arthrites infectieuses ont, en général, une aurotolérance supérieure aux arthrites d'étiologie inconnue.

6° Les dysfonctionnements endocriniens, les maladies intercurrentes, l'atteinte de l'état général restreignent l'aurotolérance. La maladie de Charcot, polyarthrite symétrique, d'étiologie fréquemment inconnue, se développant chez la femme aux environs de la ménopause, parfois cachectisante, est la plus intolérante des arthrites.

7° Les poussées aiguës de la maladie de Bouillaud ne semblent pas justiciables de la chrysothérapie.

8° Les sels d'or utilisés ont tous une action comparable sur les arthrites, ils ne diffèrent que par les doses auxquelles ils provoquent des accidents.

Les doses fortes sont les plus actives, mais ce sont elles qui entraînent le plus d'accidents.

9° Les cures auriques doivent être discontinues, limitées dans le temps, limitées dans le total injecté.

A chaque variété d'arthrite correspond un type de traitement, réglé dans son détail par l'aurotolérance de l'organisme et de l'arthrite en cause.

10° Les examens de sang (numération, formule leucocytaire, recherche de l'éosinophilie) ne permettent pas de prévoir les accidents ordinaires de l'aurothérapie. Il est utile cependant de les exécuter au début de toute cure aurique, et dans les cas particuliers où des désordres sanguins sont à craindre. L'examen clinique attentif du malade, pratiqué d'injection en injection, est le moyen le plus certain de dépister les accidents, suffisamment tôt pour les empêcher de prendre un caractère de gravité.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président,
ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- J. FORESTIER : La Chrysothérapie dans les rhumatismes chroniques. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N° 8. 1929.
- J. FORESTIER : Le traitement des polyarthrites chroniques par les sels d'or. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N° 6. 1930.
- J. FORESTIER : Les rhumatismes polyarticulaires de l'adulte et leur traitement par les sels organiques d'or. — *Presse médicale* 1931. N° 40.
- COSTE et LACAPERE : Cuti vaccination du rhumatisme chronique. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 20 mars 1931.
- COSTE, FORESTIER et LACAPERE : Grands syndrômes du Rhumatisme chronique des jointures. — *Presse médicale*. N°s 20, 23, 35, 39. — 1931.
- ACHARD, COSTE et CAHEN : A propos des désordres hématologiques provoqués par les sels d'or. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 1932.
- P. E. WEILL et J. BOUSSER : Trois nouveaux cas d'accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie. — *Le Sang*. N° 7. 1932.
- AUGERAS et GUISSOURG. — Aleucie hémorragique post chrysothérapique. — *Le Sang*. N° 7. 1932.
- COSTE, FORESTIER et BOURDERON : Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales. Bronchites auriques. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 1932.
- COSTE et BOURDERON : Sur l'utilité des contrôles hématologiques des rhumatisants traités par l'or. — *Paris Médical*. 3 décembre 1932.
- COSTE : Chrysothérapie des rhumatismes. — *Journal des Praticiens*. N°s 37, 38, 39, 41, 43, 45, 47. — 1933.
- La Chrysothérapie des rhumatismes chroniques. Discussion. — *Ligue Française contre le rhumatisme*. Séance du 13 mars 1933.

- LEBEUF et MOLLARD : Les aurides muqueuses et cutanées. — *Presse médicale*. N° 74. — 1930.
- LEBEUF, PETOURAUD et MOLLARD : Erythrodermie et poly-névrite auriques. — *Société Française de Dermat. et de Syph.* N° 1. — 1931.
- LEBEUF et MOLLARD : Morphologie des aurides. Essai de classification. — *Annales de Derm. et de Syph.* N° 2. — 1931.
- LEBEUF et MOLLARD : A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. — *Paris médical*. N° 49. — 1930.
- DUMAREST, MOLLARD et PAVIE : Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie. — *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*. 25 avril 1932.
- STEPHANESCO : Contribution à l'étude de la Toxicologie de l'or. — *Thèse de Paris*. Jouve, édit. 1933.
- SHIEMANN und FELDT : Heilversuche an Mäusen mit Goldpräparaten. — *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*. 1926.
- FELDT : Chemotherapeutische Versuche mit Gold. — *Klin. Wochenschr.* N° 8. — 1926.
- LANDE : Die günstige Beeinflussung schleichender Dauerinfekte durch Solganal. — *Munchener Med. Wochenschr.* N° 27. — 1927.
- LEWY et FREUND : Die Behandlung des chronischen Infekts mit den neuen Goldpräparat Solganal. — *Deutsche Med. Wochenschr.* N° 44. — 1926.
- FELDT, SCHOELLER, BORWARDT, ALLARDT : Der heutige Stand der Goldtherapie. — *Die Medizinische Welt*. N° 12 et 13. — 1930.

Éditions et Imprimerie
Rapide de la Presse
O. ZELUK
4-5, rue Saulnier, Paris

Éditions et Imprimerie
Rapide de la Presse
E. I. R. P.
O. ZELUK
4, 5, r. Saulnier, Paris